

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume 3

ATUALIZAÇÃO
JUNHO/2015

Copyright 2015 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na biblioteca eletrônica do CONASS, www.conass.org.br/biblioteca.



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

AC Francisco Armando Melo

AL Rozangela Wyszomirska

AM Wilson Duarte Alecrim

AP Pedro Rodrigues Gonçalves Leite

BA Fábio Vilas Boas

CE Henrique Jorge Javi de Sousa

DF João Batista de Sousa

ES Ricardo Oliveira

GO Leonardo Vilela

MA Marcos Pacheco

MG Fausto Pereira dos Santos

MS Nelson Barbosa Tavares

MT Marco Aurélio Bertúlio

PA Vítor Manuel Jesus Mateus

PB Roberta Abath

PE José Iran Costa Júnior

PI Francisco Costa

PR Michele Caputo Neto

RJ Felipe Peixoto

RN José Ricardo Lagreca

RO Williames Pimentel

RR Kalil Gibran Linhares Coelho

RS João Gabbardo dos Reis

SC João Paulo Kleinubing

SE José Macêdo Sobral

SP David Uip

TO Samuel Braga Bonilha



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2015/2016

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Marco Bertúlio (MT)

Região Nordeste

Fábio Vilas Boas (BA)

Região Norte

Francisco Armando Melo (AC)

Região Sudeste

Fausto Pereira (MG)

Região Sul

João Gabbardo (RS)

COMISSÃO FISCAL

Leonardo Vilela (SES/GO)

José Macedo Sobral (SES/SE)

Marcos Pacheco (SES/MA)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



ATUALIZAÇÃO DO LIVRO

Lore Lamb

Maria José Evangelista

REVISÃO TÉCNICA

René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO

Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE

Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

SUMÁRIO

- 8 **Introdução**
- 7 **A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**
- 15 **Programa de requalificação das unidades básicas de Saúde**
- 17 **Programa de valorização do profissional da atenção básica – Provac**
- 17 **Programa Mais Médicos**
- 19 **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-Ab**
- 20 **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**
- 21 **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNAPS)**
- 22 **Bibliografia consultada**

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTRODUÇÃO

Esse texto aborda as principais mudanças que ocorreram na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir de 2011, quando foi pactuada e publicada a nova política, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Essa portaria atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Primária à Saúde (APS) na ordenação das Redes de Atenção à Saúde, reconhecendo novas modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil.

Além dos diversos formatos de Equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de equipes para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de ter simplificado e facilitado as condições para que sejam criadas Unidades Básicas de Saúde Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

Em relação ao Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), a nova política diferenciou o valor *per capita* por município, beneficiando o município menor e mais carente, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Induziu a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família e criou um Componente de Qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

A PNAB 2011 articulou a Atenção Primária à Saúde (APS) com ações inter-setoriais e de promoção da Saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão deste às creches, além de propor acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável e a implantação de mais de 4 mil polos da Academia da Saúde até 2014.

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) incorporou os conceitos propostos na **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**, definiu a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de Saúde em coerência com o **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, e descreveu algumas funções para garantir o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde:

1. ser de base territorial: modalidade de atenção e de serviço de Saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

2. ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de Saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

3. coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

4. ordenar as redes: reconhecer as necessidades de Saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de Saúde dos usuários.

A nova política também definiu os parâmetros da Unidade Básica de Saúde (UBS) /população adscrita da seguinte forma: Para as UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro é de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica; e

UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

Quanto às especificidades da Equipe de Saúde da Família, cada profissional de Saúde deve estar cadastrado em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que pode atuar em, no máximo, duas equipes com carga horária total de 40 horas semanais. São admitidas, também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I – dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe;

II – três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes de Saúde da Família com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;

III – quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

IV – dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família; e

V – um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família.

Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável

que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de equipes de Saúde da Família na modalidade transitória está condicionada aos seguintes critérios:

I – Município com até 20 mil habitantes e contando com uma a três equipes de Saúde da Família pode ter até duas equipes na modalidade transitória;

II – Município com até 20 mil habitantes e com mais de três equipes pode ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III – Municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes pode ter até 30% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV – Município com população entre 50 mil e 100 mil habitantes pode ter até 20% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V – Município com população acima de 100 mil habitantes pode ter até 10% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, esse profissional deve ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por um agente comunitário de Saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico e preferencialmente por um cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em Saúde bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes devem ter responsabilidade sanitária por um território de referência e estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de Saúde já credenciadas em data anterior a essa nova política que não estão adequadas ao parâmetro de um enfermeiro para, no máximo, 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com essa configuração a partir de então.

Cada ACS deve realizar as ações previstas na política e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

Visando qualificar e ampliar o acesso da população a atenção básica, outras iniciativas foram criadas e ou alteradas, como, por exemplo, Atenção Domiciliar, Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas, Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), destacadas a seguir.

Atenção Domiciliar – melhor em casa

Por meio da Portaria GM/MS n. 963, de 27 de maio de 2013, foi redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Esse tipo de atenção é composta por:

I – Atenção domiciliar: substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à Saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à Saúde;

II – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III – Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

A Atenção Domiciliar constitui um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deve ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde.

Equipes de atenção básica para populações específicas

Equipes do Consultório na Rua

As equipes do consultório na rua foram criadas com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários que vivem na rua à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à Saúde. São equipes de atenção básica, compostas por profissionais de Saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à Saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde estão atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

Essas equipes devem cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas, sendo que seu horário de funcionamento deve ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

Podem estar vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, respeitando os limites para vinculação, cada equipe é considerada como uma equipe de Saúde da Família para vinculação ao NASF.

Em municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de Saúde bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas. Para cálculo do teto das equipes de cada município, são tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Para maiores detalhes relativos a esse tipo de equipe, ver a Portaria GM/MS n. 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua.

Equipes de Saúde da família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia legal e Pantanal sul mato-grossense

Os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País, conforme a Portaria GM/MS nº 837, de 9 de maio de 2014, que redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense:

I – equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II – equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Essas equipes devem ser compostas, durante todo o período de atendimento à população, por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis a 12 agentes comunitários de Saúde, sendo que nas regiões endêmicas, devem contar também com um microscopista.

As equipes ribeirinhas devem prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os agentes comunitários de Saúde devem cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação e prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Devem ainda cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e Saúde bucal.

As equipes fluviais devem contar com um técnico de laboratório e/ou bioquímico. Essas equipes podem incluir na composição mínima os profissionais de Saúde bucal, um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e um técnico ou auxiliar em Saúde bucal, conforme as Modalidades I e II. Nas situações nas quais for demonstradas a impossibilidade de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias em virtude das características e dimensões do território, deve ser construída justificativa e proposição alternativa de funcionamento, aprovada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) devem funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com pelo menos uma equipe de Saúde da Família Fluvial. O tempo de funcionamento dessas unidades deve compreender o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Em uma UBSF, pode atuar mais de uma equipe a fim de compartilhar o atendimento da população e dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe. O gestor municipal deve prever tempo em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto com outros profissionais e equipes.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas podem prestar serviços a populações de mais de um município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a relação entre os municípios, devidamente aprovado na respectiva CIR e CIB.

Para implantação dessas equipes, os municípios devem seguir o fluxo previsto para a implantação de equipes de Saúde da Família.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelos gestores do SUS em 2008 com o objetivo de apoiar as equipes de APS no Brasil, ampliando a oferta de Saúde, e contribuindo com a resolutividade nesse nível de atenção. A Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configura o NASF como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas

e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. A atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na Saúde de grupos populacionais. Por meio da Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foi criada uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil implantar equipes de NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. Os NASF 3 foram suprimidos pela nova PNAB e se tornaram automaticamente NASF 2. Ficou garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação da portaria.

Podem compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de Saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de Saúde com pós-graduação em Saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma das áreas.

A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de Saúde que serão apoiadas.

Cada NASF pode ser vinculado a, no máximo, três polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independentemente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado.

Para cada polo vinculado à equipe do NASF, deve existir pelo menos um profissional de Saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou dois profissionais de Saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que serão responsáveis pelas atividades do Programa Academia da Saúde.

Esses profissionais devem ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da Academia da Saúde.

Nos diversos fóruns em que se discutia a APS, muitas dificuldades foram apontadas pelos gestores do SUS como entraves para a expansão e qualificação da APS no país, dentre elas a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde – UBS, a falta de profissionais, especialmente de médicos e a necessidade de se ter um instrumento de avaliação que permitisse premiar as equipes que cumpram as ações e metas estabelecidas para a APS.

Nesse sentido foram criadas estratégias para responder a essas demandas, dentre as quais os Programas de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, o Provab, os Mais Médicos e o PMAQ.

Programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde

O programa de requalificação de UBS e o respectivo componente reforma foram instituídos inicialmente por meio da Portaria GM/MS nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, revogada e substituída pela Portaria GM/MS nº 341, de 04 de março de 2013. O programa tem como objetivo a criação de mecanismos de repasse de recursos financeiros para a reforma de Unidades Básicas de Saúde municipais, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

Para implantação desse programa, os municípios e estados devem apresentar à CIB (Comissão Intergestores Bipartite), ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do DF, no caso do Distrito Federal, para aprovação, um Plano de Reforma de Unidades Básicas de Saúde, composto das ações, metas e responsabilidades de cada ente, para atendimento às solicitações dos entes federados que os compõem.

Para pleitear a habilitação ao incentivo financeiro previsto, o município/distrito federal deve, inicialmente, acessar, via internet, o portal www.fns.saude.gov.br/, oportunidade na qual é possível calcular o valor do incentivo federal correspondente à reforma da(s) UBS e obter o formato da pré-proposta, a qual após a finalização deve ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

O Componente Reforma para incentivo da requalificação das UBS é composto por 11 (onze) Grupos de serviços: Demolições e retiradas, Estrutura, Alvenaria, Pisos, Revestimento, Cobertura, Esquadrias, Instalações hidrosanitárias, Instalações elétricas, Pinturas e Limpeza da obra.

Outra portaria, a GM/MS nº 340, de 4 de março de 2013, redefiniu o Componente Construção do Programa e tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros para a construção de UBS municipais e distritais como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

São 4 (quatro) Portes de UBS financiados por meio desse componente:

I - UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica;

II - UBS Porte II: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;

III - UBS Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica; e

IV - UBS Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica.

O componente ampliação do programa foi redefinido pela Portaria GM/MS nº 339, de 4 de março de 2013, e é definido pela quantidade e tipos de ambiente da UBS, obedecidos os regramentos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela PNAB.

Já o componente reforma, foi redefinido por meio da Portaria GM/MS nº 341, de 4 de março de 2013, sendo composto pelos seguintes grupos de serviços: Demolições e Retiradas, Infraestrutura, Estrutura, Alvenaria, Cobertura, Esquadrias, Instalações Hidrossanitárias, Instalações Elétricas, Rede Lógica, Instalações Especiais, Pisos, Revestimentos, Vidros, Pinturas e Limpeza da Obra.

Dentro do programa de requalificação das unidades básicas de Saúde, foi instituído o Componente de Informatização e TelesSaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional TelesSaúde Brasil Redes, que tem como objetivos ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde.

Informatizar a Unidade Básica de Saúde (UBS) significa dotá-la de equipamentos de informática e garantir a conectividade e o uso de tecnologias de informação dirigidas à qualificação das ações e serviços ofertados por esse ponto de atenção, integração deste com os demais pontos de atenção integrantes da RAS e ao desenvolvimento de ações de TelesSaúde, apoio matricial, formação e educação permanente.

O TelesSaúde Brasil Redes na Atenção Básica tem como objetivo desenvolver ações de apoio à atenção à Saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho, por meio da oferta de Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa e Telediagnóstico.

O TelesSaúde Brasil Redes na Atenção Básica deve ser estruturado na forma de uma rede de serviços que prevê a criação de projetos intermunicipais ou de regiões de Saúde, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de Saúde, que garantam o uso da tecnologia como ferramenta de ampliação das ações da atenção básica e de melhoria do acesso e da qualidade da atenção à Saúde ao cidadão.

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – Provac

O Provac foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de Saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família. São contemplados os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe e também em municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011.

Programa Mais Médicos

Com a justificativa de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da

Saúde; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em Saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da Saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da Saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de Saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS, os Ministérios da Saúde, do Planejamento e da Educação, submeteram a Presidência da República – PR, proposta legislativa que contemplasse medida de solução para tais problemas. A PR apresentou a Medida Provisória n. 621 de 8 de julho de 2013 ao Congresso Nacional, que se converteu na Lei n. 12.871 de 2013, base legal do programa.

Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, foram adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I – reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de Saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de Saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em Saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

Para maiores detalhes desse programa ver o texto de atualização do livro 9 - Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, do Conass.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-Ab

O PMAQ foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

O objetivo do programa consiste em induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ-AB é composto por 4 (quatro) fases distintas, que compõem um ciclo.

Fase 1: Adesão e contratualização – todas as equipes de Saúde da atenção básica, incluindo as equipes de Saúde bucal, independente do modelo pelo qual se organizam, podem aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios definidos no Manual Instrutivo do programa.

Fase 2: Desenvolvimento, que consiste em autoavaliação, monitoramento, educação permanente, e apoio institucional, este com auxílio do Ministério da Saúde.

Fase 3: Avaliação externa, composta por certificação de desempenho das equipes de Saúde e gestão da atenção básica, avaliação não relacionada ao processo de certificação, cuja finalidade consiste em apoiar a gestão local (avaliação da rede local de Saúde pelas equipes da atenção básica, avaliação da satisfação do usuário e estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade).

Fase 4: Recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3.

Para fins da 1ª (primeira) classificação das equipes contratualizadas, por meio do processo de certificação, a avaliação de desempenho considera os critérios INSATISFATÓRIO, MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA, ACIMA DA MÉDIA e MUITO ACIMA DA MÉDIA.

Posteriormente, as regras dessa classificação foram modificadas, conforme detalhado na Portaria GM/MS n. 1.063, de 3 de junho de 2013, que alterou as regras de certificação das equipes participantes PMAQ-AB e do PMAQ-CEO.

Por meio da Portaria GM/MS n. 261, de 21 de fevereiro de 2013, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) também passaram a fazer parte do PMAQ, denominado PMAQ-CEO, por meio do qual o gestor pode dobrar os recursos recebidos pelo Ministério da Saúde se cumprir os padrões de qualidade.

Os CEOs oferecem serviços especializados como tratamento endodôntico (canal), cirurgia oral menor, periodontia (tratamento de gengiva), diagnóstico bucal, com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal, e podem oferecer ainda a colocação de implantes e o tratamento ortodôntico. A adesão ao programa é voluntária e pode abranger todas as unidades que estão em funcionamento.

Os CEOs que aderem são monitorados por meio de indicadores de produção, de gestão, de processo de trabalho e satisfação do usuário, de acordo com o tipo de Centro (I, II ou III).

Ainda no âmbito da Saúde bucal, foi instituído o Componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC n. 1646 de 5 de agosto de 2014, compondo a Rede de Atenção à Saúde.

O Componente GraduaCeo Brasil Sorridente constitui-se numa série de ações e serviços de Saúde bucal desenvolvidos e prestados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) com curso de graduação em odontologia, de forma articulada com a rede pública de Saúde e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, compreendendo prioritariamente: promoção e prevenção, atenção básica, atenção secundária, reabilitação oral e educação permanente.

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Com o intuito de substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, a Portaria GM/MS n. 1.412, de 10 de julho de 2013, institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), cuja operacionalização deve ser feita por meio da estratégia denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS AB é composto por dois sistemas de “software” que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: a Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

O Ministério da Saúde disponibilizará gratuitamente os sistemas de “software”, de caráter público brasileiro, necessários à implementação da estratégia e-SUS AB, sendo que o modo específico da implementação da estratégia e-SUS AB, em cada região, deve ser pactuada pelos entes federados e se efetiva de acordo com os cenários e necessidades locais.

O prazo da transição entre o SIAB e o SISAB, operacionalizado pelo “software” e-SUS AB CDS e e-SUS AB PEC, era inicialmente de um ano, entretanto em virtude de problemas na operacionalização vem sendo repactuado entre os gestores do SUS.

Para mais detalhes sugere-se acessar o *site* do CONASS: ***Nota Técnica 08 / 2004: Situação Atual da Estratégia e-SUS Atenção Básica.***

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNAPS)

A nova Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, foi lançada, na 14ª Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doença (Expoepi), em Brasília, nesse mesmo mês. A PNaPS visa deter o desenvolvimento das doenças crônicas no Brasil, com planejamento de ações voltadas para prevenção dos fatores de risco (tabagismo, sedentarismo e má alimentação) e investimentos na qualificação da atenção e da assistência aos pacientes.

O processo de revisão desencadeado pelo Ministério da Saúde e coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS, por meio do Comitê Gestor da Política, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde e o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva) ocorreu de forma ampla, democrática e participativa, com o envolvimento de gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de Instituições de Ensino Superior, além da participação de representantes de instituições fora do setor Saúde comprometidos com ações de promoção da Saúde das cinco regiões brasileiras.

A nova versão da Política toma por fundamento o próprio SUS, que traz em sua base o conceito ampliado de Saúde, o referencial teórico da promoção da Saúde e os resultados de suas práticas desde a sua institucionalização. A PNaPS revisada aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes sociais da Saúde. Assim, objetivos, princípios, valores, diretrizes, temas transversais, estratégias operacionais, responsabilidades e temas prioritários, reformulados e atualizados para esta política, visam à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver, e à afirmação do direito à vida e à Saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos no âmbito da promoção da Saúde. Os oito temas prioritários da PNPS são: Formação e educação permanente, Alimentação adequada e saudável, Práticas corporais e Atividades físicas, Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados, Enfrentamento do uso abusivo do álcool e outras drogas, Promoção da mobilidade segura, Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, e Promoção do desenvolvimento sustentável.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da Saúde, a assistência à Saúde, e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 29 de jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

BRASIL. Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013 ao Congresso Nacional, que se converteu na Lei nº 12.871 de 2013.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, que Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1646, de 5 de agosto de 2014, que institui o componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências.

BRASIL. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de Saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 203 de 08.02.2013)

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, que Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e TelesSaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional TelesSaúde Brasil Redes.

BRASIL. Portaria GM nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria GM nº 339, de 4 de março de 2013, que redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

BRASIL. Portaria GM nº 340, de 4 de março de 2013, redefine o Componente Construção do Programa e tem como objetivo permitir o repasse de incentivos

financeiros para a construção de UBS municipais e distritais como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

BRASIL. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013, que redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

BRASIL. Portaria GM nº 1.234, de 20 de junho de 2013, que define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

BRASIL. Portaria GM nº 837, de 9 de maio de 2014, que redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense.

BRASIL. Portaria nº 2.109, de 24 de setembro de 2014, que habilita propostas a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componentes Construção, Ampliação e Reforma.

BRASIL. Portaria GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).