



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Guia orientador para Gestores Municipais



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde





Secretaria de Estado da Saúde
Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde
Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde
Gerência de Atenção Primária

GUIA ORIENTADOR PARA GESTORES MUNICIPAIS

Atenção Primária à Saúde

Goiânia-GO
2024



Ronaldo Ramos Caiado
Governador do Estado

Rasível dos Reis
Secretário de Estado da Saúde de Goiás

Patrícia Palmeira de Brito Fleury
Presidente COSEMS

Sérgio Alberto Cunha Vêncio
Secretário-Adjunto de Estado da Saúde de Goiás

Luciano de Moura Carvalho
Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde

Paula dos Santos Pereira
Superintendente de Políticas e Atenção Integral à Saúde

Silma Gomes da Silva
Gerente de Atenção Primária



Elaboração:

Eliana Fernandes de Carvalho

Coordenação Geral de Gestão e Monitoramento da Atenção Primária

Maria Cristina Magalhães

Coordenação Geral da Integração do Cuidado

Colaboração e Revisão técnica:

Allessandra do Socorro Santana

Aline de Rezende Nogueira

Carla Guimarães Alves

Cristiane Pedroso da Silva

Ester Maria de Oliveira

Gysella Santana Honório de Paiva

Kamila Silvério da Silva

Kamili Vieira Borges de Oliveira

Larissa Kristina Vidal Montes

Lilian Correia da Silva

Ludmila Bastos Mochizuki

Mariana Coimbra Assenço da Silva

Rogério Borges da Silva

Rosane da Silva Santos

Rosilene Martins

Diagramação:

Coordenação de Educação a Distância da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (CEAD/SESG/SES-GO)



SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACE - Agente Comunitário de Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AGSUS - Agência Apoio à Gestão do SUS
APS - Atenção Primária à Saúde
CaSAPS - Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CBAF - Componente Básico Assistência Farmacêutica
CEO - Centro Especializado de Odontologia
CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DF - Distrito Federal
eAP - Equipe de Atenção Primária
eAPP - Equipe de Atenção Primária Prisional
eCR - Equipe Consultório na Rua
eSB - Equipe Saúde Bucal
eSF - Equipe Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESAVI - Eventos Supostamente Atribuível à Vacinação ou Imunização
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GTI-M - Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
IAF - Implementação de ações de Atividade Física
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INE - Identificação Nacional de Equipe
ISF - Índice Sintético Final
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexuais
LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS - Ministério da Saúde
OIM - Organização Internacional para as Migrações
ONU - Organização das Nações Unidas
PAB - Piso Variável de Atenção Básica
PAS - Programa Academia da Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEPIC - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PICS - Práticas Integrativas Complementares à Saúde
PFVS - Piso Fixo de Vigilância em Saúde



PMM - Programa Mais Médico
PMMB - Programa Mais Médico para o Brasil
PMpB - Programa Mais Médico pelo Brasil
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescente em Conflito com a Lei
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNI - Programa Nacional de Imunização
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
POP - Procedimento Operacional Padrão
PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PSE - Programa Saúde na Escola
PVVS - Piso Variável de Vigilância em Saúde
RAS - Rede de Atenção à Saúde
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RNDS - Rede Nacional de Dados em Saúde
SAIPS - Sistema Apoio e Implementação de Políticas de Saúde
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SESG - Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPAIS - Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde
SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras
SISAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SnH - Saúde na Hora
SPAIS - Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCM - Tribunal de Contas do Município
UBS - Unidade Básica de Saúde
UOM - Unidade Odontológica Móvel
USF - Unidade Saúde da Família
VS - Vigilância em Saúde



SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Atenção Primária.....	8
3. Estrutura Organizacional APS Em Goiás.....	8
4. Conceito.....	10
5. Atributos.....	10
6. Carteira de Serviços.....	11
7. Assistência Farmacêutica	12
8. Integração Vigilância e Atenção em Saúde	13
9. Ações Estratégicas para a Integração Vigilância e APS	17
10. Notificação.....	18
11. Imunização.....	20
12. Tipos de Equipes de APS.....	21
13. Atribuições Profissionais de APS	25
14. Ações Estratégicas da APS.....	25
15. A Organização (Estruturação) da APS no Município.....	32
Anexo	55
Referências	56



ÍNDICE DE ILUSTRAÇÃO

Figuras:

Figura 1: Composição do Conselho Municipal de Saúde.....	8
Figura 2: Número de municípios por Macrorregião de Saúde de Goiás.....	9
Figura 3: Ficha de Notificação.....	19
Figura 4: Cadastro de ACS no SCNES.....	24
Figura 6: Perfis de Acesso para Estados e Municípios.	34

Quadros:

Quadro 1: Composição das Equipes de Saúde Bucal – eSB.....	26
Quadro 2: Possibilidades de Vínculos entre eSB e eSF/eAP de Acordo com o Ministério da Saúde para Fins de Repasse de Custeio Federal.....	26
Quadro 3: Recurso de custeio.....	27
Quadro 4: Equipes de Saúde Bucal Carga Horária Diferenciada (20 e 30 horas).....	27
Quadro 5: Composição das Equipes de Atenção Primária Prisional e valores repassados pelo Ministério da Saúde.....	29
Quadro 6: Quadro Resumo Equipes e-Multi.	32
Quadro 7: Hipóteses de Suspensão Proporcional e Total dos Incentivos Financeiros de ESF e EAP.....	49
Quadro 8: Financiamento equipes multiprofissionais.....	50
Quadro 9: Critérios de repasse de recursos financeiros Estadual para Equipes de Saúde em Unidades Prisionais de Goiás.....	51



APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária, muitas vezes, é o único serviço de saúde à disposição da população local, por isso designada como componente-chave do sistema de saúde. Desta forma torna-se premente a necessidade em subsidiar o gestor nos desafios atuais da Atenção Primária como a garantia do acesso, acolhimento, resolutividade, capacidade de gestão/coordenação do cuidado.

Este guia constitui-se ferramenta de orientação aos gestores municipais, trazendo os principais aspectos que compõem o fazer saúde na Atenção Primária, visto que o direcionamento da gestão no território reflete no cuidado em saúde.

O valor de uso deste guia será proporcionalmente maior quando analisado sob a problematização do cotidiano, das vivências e adequando-se à realidade de cada localidade, por isso, traz conteúdo claro e conciso com buscas em documentos mais completos para o aperfeiçoamento da temática.

Diante do exposto impõe-se a necessidade de responder algumas perguntas:

Qual é a competência dos serviços de Atenção Primária para o cumprimento e garantia da integralidade da atenção à saúde?

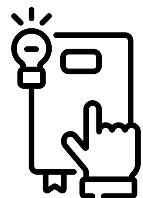
Quais as estratégias de Atenção Primária presentes no seu município e como estão sendo organizadas e monitoradas?

Qual o papel do gestor na melhoria da qualidade da Atenção Primária?

Silma Gomes da Silva
Gerente da Atenção Primária



1. Introdução



A gestão dos sistemas de saúde municipais compete ao gestor, consubstanciado nas normativas vigentes e instrumentos de planejamento em saúde. Este processo impõe ao gestor municipal inúmeros desafios políticos, técnicos, estruturais, administrativos e ao mesmo tempo, o de reorganização do modelo de atenção. Destaca-se aqui a necessidade de qualificar a oferta de ações e serviços de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária, que por sua vez, responderá adequadamente às demandas e necessidades apresentadas pela população adscrita, de maneira a coordenar o cuidado e ordenamento da rede assistencial, em busca da integralidade da atenção à saúde.

Promover uma APS resolutiva e efetiva implica em romper a lógica da fragmentação das redes de atenção, fortalecer o sistema de governança, investir recursos de forma adequada e avançar nos processos de articulação em diferentes espaços, entre eles, o Conselho Municipal de Saúde.

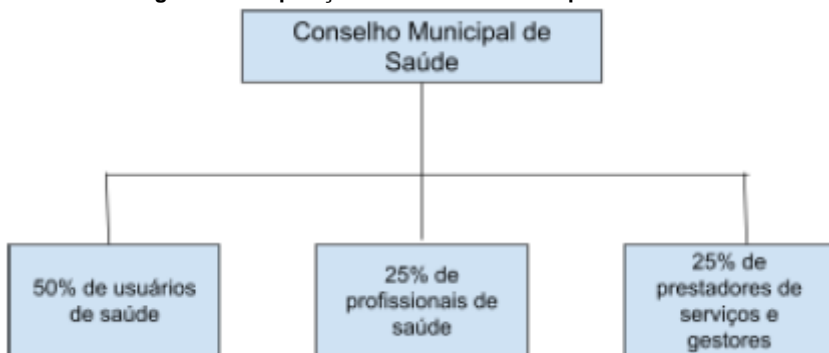
Os Conselhos Municipais de Saúde atuam na formulação de estratégias da política de saúde, fiscalização e deliberação sobre as contas das Secretarias de Saúde, representando a população na gestão da saúde pública.

Ao se colocar como colaborador e parceiro da gestão municipal, o Conselho de Saúde pode ser um aliado na execução das Políticas de Saúde, frente às diversas mudanças de fluxos nas redes de atenção, na organização dos serviços, na qualidade da assistência prestada, como também na manutenção e aplicação dos recursos financeiros.

A Lei 8.142/90 e a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde trazem a composição dos Conselhos de Saúde em caráter paritário na seguinte proporção:



Figura 1: Composição do Conselho Municipal de Saúde.



Fonte: Lei 8.142/90 e Resolução nº 453/2012.

2. Atenção Primária



No Estado de Goiás, a Atenção Primária encontra-se nos 246 municípios, totalizando 1695 equipes de Saúde da Família e 157 equipes de Atenção Primária, 1138 equipes de Saúde Bucal 40h e 61 equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada homologadas. Na competência de abril/24, a cobertura de APS atingiu 80,3% e a cobertura de Saúde Bucal alcançou 49,59%. Fonte: eGestor AB/DESF/SAPS/MS.

Observa-se uma diferença na cobertura de Atenção Primária e Saúde Bucal na APS, é necessário empreender esforços em equiparar estas equipes para oferta da atenção integral à saúde.

3. Estrutura Organizacional APS Em Goiás



A Gerência de Atenção Primária/SPAIS, no nível central, realiza apoio técnico e institucional aos gestores e profissionais de saúde no intuito de incremento da cobertura da APS e da oferta de serviços, bem como a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações e serviços, por meio de cooperação técnica, capacitações, desenvolvimento de projetos voltados para a Atenção Primária e Planificação da Atenção à Saúde.



As atribuições da Gerência de Atenção Primária/SPAIS estão disponíveis em: <https://goias.gov.br/saude/superintendencia-de-politicas-e-atencao-integral-a-saude/>

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de 2004 (PDR, 2004), atualizado pelas Resoluções CIB 028/2012 e 344/2014 o Estado de Goiás está dividido em 18 regiões de saúde, agrupadas em 05 macrorregiões (CIB, 2012, 2014), sendo elas:

Figura 2: Número de municípios por Macrorregião de Saúde de Goiás.

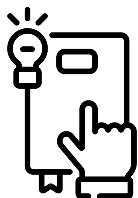


Fonte: PDR, 2004.

Nas 18 Regiões de Saúde - Central, Centro-Sul, Entorno Norte, Entorno Sul, Oeste I, Oeste II, Pireneus, Rio Vermelho, Nordeste I, Nordeste II, Norte, São Patrício I, São Patrício II, Serra da Mesa, Sudoeste I, Sudoeste II e Sul, há uma Regional de Saúde, que desenvolve o apoio técnico e institucional mais próximo aos municípios e em conjunto com o nível central. Disponível em <https://goias.gov.br/saude/regioes-de-saude/>.



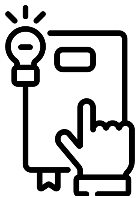
4. Conceito



A Atenção Primária é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como estratégia prioritária na APS, e favorece a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Primária, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, seja no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e espaços coletivos.

5. Atributos



A APS orienta-se por eixos estruturantes denominados atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A ESF centrada na família e nas pessoas contempla os atributos derivados da APS como a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares/individuais associadas aos contextos social, econômico e cultural.

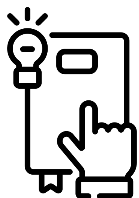
O primeiro contato pode ser definido como porta preferencial de entrada dos serviços de saúde, acesso e acessibilidade. O modo de organização dos serviços de saúde pode restringir ou facilitar a utilização destes pela população, como o tempo para obter uma consulta ou fazer exames, agendamento, funcionamento da unidade, tempo e continuidade do tratamento.



- **Longitudinalidade** ou a continuidade do cuidado ao longo do tempo, entendido como vínculo entre usuários e o serviço fonte da atenção. Esta relação de entendimento e humanização do atendimento entre profissionais e usuários permite diagnósticos mais precisos, evita encaminhamentos aos serviços especializados e a realização de procedimentos complexos.
- **Integralidade** busca a percepção do usuário e o processo de adoecimento segundo suas condições de vida e determinantes sociais. E, em um segundo olhar sob a perspectiva de atender as demandas de saúde na sua totalidade e a oferta e fluxo de acesso aos níveis da atenção, por meio de rede integrada de referência e contrarreferência.

Na Coordenação do Cuidado, a APS assume o papel de centro de comunicação das redes de atenção, identifica os problemas complexos e articula com os demais pontos da atenção a continuidade da atenção.

6. Carteira de Serviços



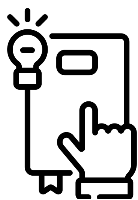
A APS é capaz de resolver até 85% das demandas de saúde de sua população. A Carteira de Serviços (CaSAPS) é um documento que visa nortear as ações e serviços de APS, trazendo o mais amplo e possível escopo de ações, visando a atenção integral, com responsabilização por coordenar o cuidado dos pacientes em sua trajetória clínica por meio de uma relação contínua e de confiança.

O gestor municipal poderá adequar itens na CaSAPS para oferta de serviços essenciais ou ampliados segundo as necessidades e condições locais.

A CaSAPS está disponível no endereço: [casaps versao profissionais saude gestores completa.pdf](https://casaps.versao.profissionais.saude.gestores.completa.pdf)



7. Assistência Farmacêutica



A Assistência Farmacêutica desempenha um papel crucial na garantia do acesso a medicamentos essenciais, promovendo a saúde e o bem-estar da população. Nesse contexto, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e o Sistema HÓRUS são componentes fundamentais que asseguram a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e uso racional de medicamentos no âmbito municipal.

➤ Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)

O Brasil deu início à elaboração de listas de medicamentos classificados como essenciais em 1964, por meio do Decreto n.º 53.612, de 26 de dezembro de 1964, que definiu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário.

Em 1975, por meio da publicação da **Portaria n.º 233/1975**, do Ministério da Previdência e Assistência Social, a lista foi oficializada como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A RENAME serve como instrumento norteador para que os estados e municípios elaborem suas listas de medicamentos essenciais, com isso, a concepção, a sistematização e a harmonização de listas de medicamentos oficiais, sejam elas nacionais, estaduais ou municipais, devem sempre ser realizadas de forma democrática e articulada.

A lista deve ser construída a partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros critérios, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis.

Para elaboração da REMUME é recomendado que se constitua uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), composta por equipe multiprofissional e que envolva os profissionais prescritores de



medicamentos. Essa instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, tem por finalidade assessorar o gestor e equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos.

➤ Sistema HÓRUS

O HÓRUS é um sistema de informação web, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, para a gestão da Assistência Farmacêutica.

Possui 4 módulos de operação sendo eles: Hórus Básico, Hórus Estratégico, Hórus Especializado e Hórus Indígena.

A utilização do sistema permite registrar as distribuições e as dispensações dos medicamentos e dos insumos destinados ao atendimento na Atenção Básica em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais na rede estadual e municipal de saúde.

A adesão ao HÓRUS compreende as seguintes fases:

- Preenchimento do “Cadastro de Adesão”.
- Formalização da adesão por meio da assinatura do “Termo de Adesão”.
- Realização do curso de capacitação.
- Implantação do sistema.

Mais informações sobre o sistema podem ser obtidas por meio do site do Ministério da Saúde:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/horus>

8. Integração Vigilância e Atenção em Saúde



A vigilância em Saúde (VS) é compreendida como um conjunto articulado de ações, incluindo a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e sistemas de informações, redefinindo as práticas de saúde a partir de um território delimitado, com a proposta de intervenções dos problemas identificados na análise de situação de saúde para garantir a integralidade do cuidado.



A análise permanente da situação de saúde da população com a articulação conjunta que visa a identificação de fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença para a tomada de decisão e quebra da cadeia de transmissão, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos da população.

O planejamento, programação, monitoramento e avaliação são ferramentas importantes para a integração entre vigilância em saúde e atenção básica, portanto devem ocorrer de forma sistemática e articulada, favorecendo a reorganização do processo de trabalho até a promoção da saúde da população

A concretização da integração entre Vigilância e Atenção acontece quando há a adoção de um território único com atuação dessas duas equipes, com o trabalho conjunto de agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde e pautado no conhecimento epidemiológico, sanitário, social, demográfico, ambiental, econômico, cultural, político, de produção, trabalho e consumo no território, e organizado em diversas situações, incluindo educação permanente em Vigilância em Saúde para os profissionais.

Inicialmente, é interessante partirmos da premissa do território enquanto espaço de relações sociais, econômicas, culturais e políticas e que está em constante movimento, vivo, pois é constituído da interação entre as pessoas e pessoas-serviços. Esta dinamicidade origina a (re) territorialização. Reconhecer o território é condição essencial para caracterizar a população e seus problemas de saúde e avaliar a oferta dos serviços de saúde.

A percepção de ações de vigilância em saúde depende da participação ativa dos profissionais das equipes da atenção primária no planejamento em saúde para compreender o território, a territorialização, a identificação e reconhecimento das famílias e pessoas e sua aplicação no planejamento em saúde, conceitos de risco e vulnerabilidade para organização das ações conforme as necessidades da população.



A análise situacional pode ser obtida pelos dados do cadastro domiciliar e territorial e individual, e a qualidade destes instrumentos influencia diretamente o diagnóstico do território e das pessoas que nele vivem para a oferta das ações de APS.



Como está o cadastro no seu município? As informações estão completas? Com que frequência os cadastros são atualizados pelos ACS? A equipe monitora os relatórios PEC? Como vivem as pessoas? A água é fluoretada? Há coleta de lixo? Há indígenas, ciganos, quilombolas e assentamentos?

Acesse o e-Gestor pelo *link*: <https://acesso-egestoraps.saude.gov.br/login>.

Os mapas geográficos e inteligentes do território da equipe de Saúde da Família são ferramentas de vigilância em saúde, com marcação dos locais onde estão as famílias de maior vulnerabilidade, os equipamentos sociais como praças, escolas, creches, associações. As equipes possuem mapas disponíveis?

A elaboração do mapa do território facilita a visualização da atuação integrada entre a vigilância em saúde e a atenção básica, subsidiando o planejamento, monitoramento e definição das ações em territórios compatíveis.

Como elaborar os mapas?

Para a confecção do mapa recomenda-se adquirir um mapa base do município ou das áreas já definidas, com escala, para área urbana, de 1:5.000 ou 1:10.000 e, para zona rural, de 1:25.000 ou 1:50.000. Paralelamente, realizar a caracterização da área de abrangência das unidades de saúde identificando o perfil territorial, ambiental, demográfico, socioeconômico e institucional e definindo parte do diagnóstico local a ser realizado pela equipe de saúde. Entre os dados a serem levantados inclui-se:



Sobre o território:

Localização urbana ou rural. Bairros localizados na área de responsabilidade, especificando se totalmente ou parcialmente incluídos. Distância do centro da cidade. Extensão territorial em km². Maior distância entre a UBS e o limite do território.

Sobre a geografia e o ambiente:

Descrição do relevo. Existência de rios ou córregos, especificando se canalizados ou em leito natural; lagos e represas, naturais ou artificiais. Existência de fontes de águas naturais, especificando sua utilização pela população circunvizinha e barreiras geográficas.

Sobre recursos existentes no território:

Pontos de atenção à saúde além da própria UBS: centros de referência/especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto atendimento e outros. Equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, hortas comunitárias etc. Áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques etc.

Sobre áreas de risco:

Áreas de risco ambiental: lixão; áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação; fontes de poluentes (tipo, origem etc.) e outros riscos. Áreas de assentamentos e invasões. Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços etc. Áreas rurais: número de comunidades, ponto de apoio e distância da UBS

Sobre as características dos domicílios:

Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, entre outros. Número de domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração e sem tratamento. Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto. Número de domicílios com energia elétrica. Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.

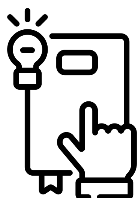
Sobre as subpopulações:

Número de diabéticos, hipertensos, gestantes, usuários com necessidade de cuidado em saúde mental, indígenas, ciganos, quilombolas e assentamentos, entre outros.



Com a análise da situação de saúde da área de abrangência das unidades, as equipes terão subsídios para atuarem sobre os condicionantes e determinantes da saúde, indo ao encontro às necessidades do território.

9. Ações Estratégicas para a Integração Vigilância e APS



Várias são as ações que exigem a integração entre a Vigilância e Atenção à Saúde, como exemplo: elaboração da análise de situação de saúde, identificação das prioridades, realização do planejamento e monitoramento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos, respostas às emergências em saúde pública, notificação de doenças e agravos, ações de imunização, entre outras.

Dentre as atividades da Vigilância Epidemiológica estão:

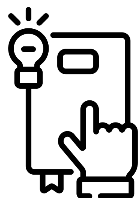
- **elaborar** diagnóstico situacional da unidade de saúde;
- **garantir** notificação dos casos no âmbito da unidade de saúde, realizando a investigação, encerramento e alimentação oportuna dos sistemas de informação;
- **garantir** notificação compulsória imediata em até 24 horas para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata;
- **realizar** a notificação negativa dos casos e óbitos;
- **elaborar** e manter um sistema de busca ativa para detecção de infecções, eventos adversos, doenças e agravos pontuado na portaria de notificação compulsória;
- **realizar** a investigação epidemiológica, com a busca ativa domiciliar quando necessário, das doenças, agravos, surtos e eventos presentes na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, e óbitos ocorridos na unidade de saúde;
- **manter** comunicação efetiva com os Núcleos/Coordenação de Vigilância Epidemiológica sobre a ocorrência dos eventos e agravos promover capacitação dos profissionais do serviço



com o intuito de garantir atualização técnica e garantir o fluxo e qualidade das notificações, acesso e registro de dados, investigações, inserção nos sistemas de informação, dentre outros;

- **gerenciar** fluxos de envio de arquivos, fichas, relatórios, objetivando cumprir os prazos de notificação, investigação e encerramento dos eventos, doenças e agravos.

10. Notificação



Notificar é comunicar a ocorrência de uma doença, agravo ou de algum evento em saúde, ou seja, comunicar problemas ou situações associadas a produtos e serviços. Podem ser notificados eventos adversos, ocorrência de casos específicos e queixas técnicas sobre produtos e serviços relacionados à Vigilância. A notificação ajuda os serviços de saúde e a gestão na tomada de medidas de proteção e promoção à saúde da população.

A notificação deve ser realizada por meio do **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN** que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes.

A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional está disposta na [Portaria GM/MS nº 5201, de 15 de agosto de 2024.](#)

A Portaria GM/MS Nº 47, DE 3 DE MAIO DE 2016 que define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde.



A Portaria GM/MS Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013 Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Quem pode notificar? Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, podem notificar sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública.

Saiba mais em: [Notificação compulsória](#)

O e-SUS, na finalização do atendimento, apresenta aba para preenchimento automático com os dados do usuário na ficha de notificação das doenças e que pode ser impressa, conforme ilustrado abaixo.

Importante: o e-SUS somente preenche a ficha de notificação com os dados do usuário, o sistema não notifica. A notificação é realizada no SINAN.

Figura 3: Ficha de Notificação.

Finalização do atendimento

Tipo de atendimento *

Consulta no dia Urgência

Atendimento compartilhado

Procedimentos administrativos (SIGTAP)

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) - 0301010030 Adicionado automaticamente

Ficha de notificação de caso suspeito

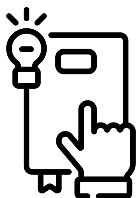
DENGUE × ▼ Imprimir

Racionalidade em saúde (Exceto alopatia/convencional)

Fonte: e-SUS/PEC



11. Imunização



A política de vacinação é de responsabilidade do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, que desempenha um papel fundamental na promoção da saúde da população brasileira. Por meio do programa, o governo federal disponibiliza gratuitamente no SUS, 48 imunobiológicos: 31 vacinas, 13 soros e 4 imunoglobulinas. Essas vacinas incluem tanto as presentes no calendário nacional de vacinação quanto as indicadas para grupos em condições clínicas especiais, aplicadas no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, além das campanhas anuais de vacinação.

A [Portaria GM/MS nº 5.663, de 31 de outubro de 2024](#) tem o objetivo, principalmente, de ordenar a forma de envio de registros de doses de vacinas que são registradas em sistemas próprios municipais. Os dados de doses aplicadas devem ser encaminhadas, exclusivamente, para a Rede Nacional de Dados de Saúde – RNDS do Ministério da Saúde.

Cabe à gestão municipal:

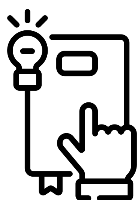
- **a coordenação e execução** das ações de vacinação integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais, campanhas, vacinação de bloqueio, notificação e investigação de eventos supostamente atribuíveis à vacinação e/ou imunização(ESAVI):
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>
- **a gerência do estoque municipal** dos imunobiológicos e insumos, incluindo o armazenamento e transporte para salas de vacinação, de acordo com as normas vigentes;
- **gerir a Central Municipal** de Vacinação e salas de vacinação;
- **o descarte e a destinação final de frascos**, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes;



- **determinar fluxos de atendimentos** para os imunobiológicos de uso emergências (soros e imunoglobulinas) e locais para atendimento dos ESAVIs, caso necessário.
- **a gestão do sistema de informação**, a nível municipal, incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e avaliação da qualidade dos dados, bem como a transferência dos dados em conformidade com os prazos e fluxos estabelecidos no âmbito nacional e estadual e a retroalimentação das unidades notificadoras;
- **monitorar os indicadores de vacinação** por meio do painel de informação sobre Cobertura Vacinal do Calendário Nacional para que estados e municípios tenham acesso rápido e oportuno, e possam dimensionar a situação dos territórios. O painel tem o propósito de instrumentalizar os gestores e profissionais no acompanhamento do desempenho vacinal em certos públicos-alvo.
https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html.
(Localiza SUS - Ministério da Saúde) <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas> ;
- **adesão e monitoramento** das ações do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS);
- **adesão e monitoramento** das ações do Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade.

É fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e os demais profissionais de saúde da unidade, a fim de evitar as oportunidades perdidas de vacinação, que se caracterizam pelo fato de o indivíduo ser atendido em outros setores da unidade de saúde sem que seja verificada sua situação vacinal ou haja encaminhamento à sala de vacinação.

12. Tipos de Equipes de APS



No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a organização e estruturação das equipes são fundamentais para garantir um atendimento eficaz e abrangente à população. Os Tipos de Equipes de APS



incluem a Equipe de Saúde da Família (eSF), a Equipe de Atenção Primária (eAP) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

➤ **Equipe de Saúde da Família (eSF):**

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

➤ **Equipe de Atenção Primária (eAP):**

A eAP, instituída pela [Portaria 2539 de 26 de setembro de 2019](#), difere da equipe de Saúde da Família - eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

As eAP deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade e enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde.

As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária:



Modalidade I:

a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF.

Modalidade II:

a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.

Não se aplica aos profissionais da eAP a vedação à participação em mais de uma eAP ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional.

O cadastro das eAP no SCNES deverá observar os mesmos códigos para o cadastro das eSF.

➤ **Agentes Comunitários de Saúde – ACS**

Os ACS são o diferencial de qualquer equipe de saúde. Considerado o interlocutor entre a população e a equipe de saúde, o formato da lógica de trabalho das equipes de Saúde da Família com base no território adscrito está pautado nas ações dos ACS. Bases legais, que apoiam suas atribuições, direitos e deveres, norteiam o gerenciamento para a condução destes profissionais, especialmente as leis 11.350/2006 e 13.595/2018. São considerados profissionais de saúde pela Lei nº 14.536/2023.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social,



recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Os ACS, diferente de outros profissionais que compõem as equipes de saúde, possuem forma de contratação somente por processo seletivo público/concurso público com a etapa de curso introdutório. E devem ser cadastrados no SCNES na forma de contratação direta, servidor próprio, estatutário.

Figura 4: Cadastro de ACS no SCNES.

Vínculos

CNPES e Nome Fantasia do Estabelecimento
6463744 USF JARDIM CERRADO IV [Pesquisar] [Incluir]

CBO - Classificação Brasileira de Ocupação
515105-AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE [Pesquisar] [Confirmar Alteração]

Orgão emissor UF CRM Reg. Conselho Classe Justificativa de não desligamento do vínculo [Excluir]

Carga Horária Semanal: AMBULATORIAL 40, HOSPITALAR 0, OUTROS 0. Atendimento ao SUS: Sim Não. Profissional Preceptor na Equipe, Profissional Residente na Equipe.

Forma de Contratação com o Estabelecimento: 01-VINCULO EMPREGATICIO. CNPJ do Empregador: []

Forma de Contratação com o Empregador: 01-ESTATUTARIO EFETIVO. Natureza Jurídica: []

Detalhamento da Forma de Contratação: 01-SERVIDOR PROPRIO

Vínculos cadastrados

Fonte: CNES.

A etapa do curso introdutório é condição indispensável para o processo e deve ser acompanhada pela Regional de Saúde e Escola de Saúde (SESG). Todo o processo para contratação de ACS deve ser enviado ao Tribunal de Contas dos Municípios (TCM).

A contratação de forma indireta, por tempo determinado, pode ser aceita em casos de epidemia ou surto, respeitando-se as prerrogativas legais.

Nota informativa - Tipo de vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, para fins de transferência dos incentivos financeiros pela União, disponível em:

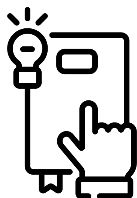
https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/NT_INFORMATIVA_ACS_VINCULOS.pdf

Após conclusão e certificação do curso técnico, o ACS pode tornar-se um Técnico Agente Comunitário de Saúde (TACS), com CBO 3222-55, incluído pela Portaria nº 31, de 14 de maio de 2024. O TACS possui atribuições como aferição de pressão arterial e



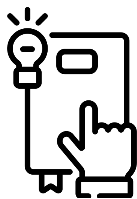
temperatura axilar, medição de glicemia capilar, verificação antropometria, orientação e apoio para administração de medicação, desde que tenha equipamentos adequados e esteja sob a supervisão de profissional de nível superior.

13. Atribuições Profissionais de APS



As atribuições comuns, bem como específicas, dos profissionais da Atenção Primária - enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, gerente de atenção básica, ACS, ACE, estão disponíveis na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, [Anexo XXII, Política Nacional de Atenção Básica](#), em seu Capítulo III - Dos profissionais.

14. Ações Estratégicas da APS



As Ações Estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS) são fundamentais para garantir um atendimento abrangente e inclusivo, adaptado às diversas necessidades da população. Entre essas ações, destacam-se a Saúde Bucal,; a Equipe de Atenção Primária Prisional, o Consultório na Rua e as E-Multi - Equipes Multiprofissionais.

➤ Saúde Bucal

Equipes de Saúde Bucal, UOM

Dentro da Política Nacional de Saúde Bucal, as ações desse nível de atenção são realizadas pelas **Equipes de Saúde Bucal (eSB)** que atuam em Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família/ Postos de Saúde e/ou Unidades Odontológicas Móveis (UOM) por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma gratuita e voltada para cidadãos de todas as idades.



As eSB que atuam na Estratégia Saúde da Família apresentam um papel muito importante para a melhoria da saúde bucal da população. O trabalho dessa equipe é baseado nos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade, é inserido no contexto de em um cuidado multiprofissional e interdisciplinar e busca criar vínculos com o indivíduo, o território e a comunidade para a oferta de um cuidado mais resolutivo. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

Quadro 1: Composição das Equipes de Saúde Bucal – eSB.

Modalidade I	Cirurgião-dentista
	Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal
Modalidade II	Cirurgião-dentista
	Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal
	Técnico em Saúde Bucal

Fonte: Portaria nº 46, 1º agosto de 2023

O modelo priorizado pela Estratégia Saúde da Família é o de eSB 40 horas. No entanto, as eSB Modalidade I podem optar pela Carga Horária Diferenciada (de 20 ou 30 horas), segundo **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019**, conforme descrito abaixo:

Quadro 2: Possibilidades de Vínculos entre eSB e eSF/eAP de Acordo com o Ministério da Saúde para Fins de Repasse de Custeio Federal.

Tipo eSB	Vinculação
1 eSB 40h	1 eSF - 40h ou 2 eAP 20h
1 eSb 30h	1 eAP 30h
1 eSB 20h	1 eAP 20h
2 eSB 20h	1 eSF 40h

Fonte: Portaria SAPS nº 32, de 19 de maio de 2021.

Todas as equipes de Saúde Bucal devem estar vinculadas a equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), conforme regras estabelecidas na **Portaria nº 32, de 19 de maio de**



2021, que altera a **Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020**. A ausência de vinculação, ou a vinculação incorreta, ou a vinculação da eSB à uma eSF/eAP não credenciada e/ou não homologada pelo Ministério da Saúde acarretará a perda de recurso financeiro.

Equipes de Saúde Bucal I e II (40 horas)

Recurso de Implantação: R\$ 14.000,00 (parcela única) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Quadro 3: Recurso de custeio.

Modalidade I	R\$ 4.014,00 a cada mês por equipe
Modalidade II	R\$ 7.064,00 a cada mês por equipe

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.924, de 17 de novembro de 2023.

É previsto um adicional de 50% sobre os valores de custeio mensal para as equipes que atendam residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombo dos municípios constantes na **Portaria GM/MS nº 822, de 17 de abril de 2006 e na Portaria GM/MS nº 90, de 17 de janeiro de 2008**.

Quadro 4: Equipes de Saúde Bucal Carga Horária Diferenciada (20 e 30 horas).

Modalidade I – 20 horas	R\$ 2.007,00 a cada mês por equipe
Modalidade II – 30 horas	R\$ 3.010,00 a cada mês por equipe

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.924, de 17 de novembro de 2023.

➤ **Equipe de Atenção Primária Prisional**

A saúde no sistema prisional está fundamentada nas seguintes legislações:

- Constituição Federal do Brasil de 1988;
- Lei 8.080/1990, Orgânica do SUS;
- Lei nº 7.210/1984 – Lei de Execução Penal;
- Portaria interministerial nº 01/2014 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP;



- Portaria nº. 2.298/2021 – Operacionalização da PNAISP;
- Resolução nº. 01/2016 – Conselho Estadual de Políticas Salariais e Recursos Humanos;
- Resoluções CIB nºs. 064/2024 e 267/2022 - Aprova o repasse de recursos financeiros para o custeio, incluindo a contratação de profissionais, para a prestação de assistência à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade do Estado de Goiás.

A Atenção Básica no Sistema Prisional tem como fundamentos e diretrizes a:

- **Promoção da cidadania** e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;
- **Atenção integral resolutive**, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- **Controle e/ou redução dos agravos** mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;
- **Respeito à diversidade étnico-racial**, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômicas sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero;
- **Intersetorialidade para a gestão integrada** e racional e para a garantia do direito à saúde.

No Estado de Goiás, há 70 (setenta) municípios com unidades prisionais e cerca de 18.616 (dezoito mil, seiscentos e dezesseis) pessoas privadas de liberdade, sendo 17.835 (dezessete mil, oitocentos e trinta e cinco) homens e 781 (setecentos e oitenta e uma) mulheres.



As ações de saúde para o sistema prisional contam com dois tipos de financiamento, sendo eles: financiamento federal e estadual. Ressalta-se que a adesão aos programas de financiamento é facultativa. Entretanto, o município não pode deixar de promover a assistência à saúde do privado de liberdade, uma vez que o privado de liberdade é considerado munícipe, conforme normativas do IBGE e Código Civil.

O Ministério da Saúde publicou em 2021, a Portaria 2.298, que operacionaliza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e estabelece os tipos de equipes de Atenção Primária Prisional e o financiamento.

Quadro 5: Composição das Equipes de Atenção Primária Prisional e valores repassados pelo Ministério da Saúde.

eAPP	Carga Horária	Composição Mínima	Valor
eSF/eSB*	6h	5 profissionais: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, dentista e téc./aux.de saúde bucal.	4.000,00
Essencial	20h	4 profissionais: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, dentista.	25.000,00
	30h		35.000,00
Ampliada	20h	5 profissionais: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, dentista, e mais um entre: médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.	30.000,00
	30h		40.000,00
		Adicional	
Equipe Complementar Psicossocial	20h	2 profissionais: psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental, e um entre: psicólogo ou assistente social; OU 3 profissionais: enfermeiro e dois entre: psicólogo e/ou assistente social.	10.000,00
	30h		20.000,00
Profissional de Saúde Bucal	20h	1 profissional: téc./aux. de saúde bucal complementar a uma eAPP Essencial ou Ampliada	1.000,00
	30h		1.500,00

Fonte: Portaria MS 2.298/2021.

➤ Consultório na Rua

São equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integradas de saúde frente às necessidades da população em situação de rua,



sempre vinculadas e em parceria às equipes da unidade básica de saúde do território.



Como está o cadastro das pessoas em situação de rua do seu município? Estão sendo assistidas na APS?

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais, e podem integrá-las às seguintes categorias profissionais:

A: Enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional;
B: Agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação. Mais informações, acesse: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua>

Em 2021 foi publicada a Portaria nº 1255 de 18 de junho que *dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017*, atualizando a listagem dos municípios considerados credenciados para pleitear credenciamento de equipe, bem como os critérios para comprovação daqueles não citados na referida legislação.

A Secretaria Estadual de Saúde instituiu em 2020, contrapartida estadual a título de incentivo mensal repassado aos Municípios para custeio de equipes de Consultório na Rua, no valor de R\$ 8.800,00. Em 2024, foi publicada a Resolução Cib nº 062/2024, atualizando o valor de custeio mensal para R\$ 20.000,00

➤ **E-Multi - Equipes Multiprofissionais**

A Portaria nº 635/2023 institui, define e cria o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as modalidades de equipes



Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. É formada por diferentes ocupações da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF).

As eMulti são classificadas em 03 (três) modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional:



Critérios de Homologação:

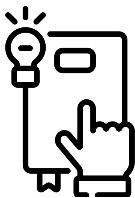
- Cadastro em estabelecimento de saúde de APS;
- Registro do INE e-Multi no SCNES;
- Carga horária por modalidade;
- Presença de composição profissional mínima;
- Presença de carga horária mínima individual por profissional;
- Quantidade de equipes vinculadas a e-Multi.

**Quadro 6: Quadro Resumo Equipes e-Multi.**

CRITÉRIO HOMOLOGAÇÃO		AMPLIADA	COMPLEMENTAR	ESTRATÉGICA
Portaria de Credenciamento		Publicação da Portaria		
Cadastro em Estabelecimento de Saúde		Códigos: 01 – Posto de Saúde; 02 – Centro de Saúde/ Unidade Básica; 15 – Unidade Mista; 32 – Unidade Móvel Fluvial; 40 Unidade Móvel Terrestre		
Registro do INE		Código: 072 - eMulti		
Carga Horária (CH)	CH mínima por equipe e modalidade	300h/semana	200h/semana	100h/semana
	CH máxima/limite por categoria profissional	120h	80h	40h
	CH individual mínima - médico (por CPF)	10h/semana		
	CH individual mínima - demais categorias (por CPF)	20h/semana		
Composição Profissional Mínima	Composição Fixa	Assistente social ou Farmacêutico(a) clínico(a) ou Nutricionista ou Psicólogo(a)	Assistente social ou Farmacêutico(a) clínico(a) ou Nutricionista ou Psicólogo(a)	Nutricionista ou Psicólogo(a)
		E	E	
		Fisioterapeuta ou fonoaudiólogo(a) ou profissional de educação física na Saúde ou terapeuta ocupacional	Fisioterapeuta ou fonoaudiólogo(a) ou profissional de educação física na Saúde ou terapeuta ocupacional	
Quantidade de equipes Vinculadas		10 a 12 equipes	5 a 9 equipes	1 a 4 equipes
		Tipologia: 70 equipe de Saúde da Família - eSF; 70 equipe de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR; 70 equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial – eUBSF; 73 equipe de Consultório na Rua – eCR ou 76 equipe de Atenção Primária - eAP.		

Fonte: Portaria 635/2023

15. A Organização (Estruturação) da APS no Município



A PNAB define as responsabilidades do ente municipal na APS, como organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, programar as ações da Atenção Básica, organizar o fluxo de pessoas, estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável, manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais, alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação.

Ao compreender a lógica do processo de trabalho na APS centrada na pessoa, percebemos que este nível de atenção possui numerosos elementos interligados para formar o todo, o que o torna



complexo sob o ponto de vista da operacionalização. A utilização de tecnologias leves - como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de produção do cuidado, permite a ressignificação da oferta dos serviços e a valorização dos trabalhadores.

Logo, o gestor municipal é responsável pela execução dos serviços de APS e possui autonomia para desenhar e adequar a oferta destes à população.

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de planejamento estruturado e elaborado a partir de análise situacional do município, sendo o documento orientador para as ações direcionadas a solucionar os principais problemas de saúde identificados no território, contemplando ações e serviços de APS.

A partir do Plano Municipal de Saúde, elaboram-se os planos de ação com matriz de responsabilidades. Este instrumento permite a organização das atividades propostas, o acompanhamento e monitoramento da execução das mesmas, o controle de gastos e a avaliação dos resultados obtidos. No Anexo I, segue modelo de plano de ação sugerido para guiar e monitorar as ações propostas.

A **Portaria de Consolidação nº 01, de 2 de junho de 2021**, consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde, apresenta em um único instrumento os regramentos operacionais de ações, serviços, programas e estratégias da atenção primária.

Entretanto, a União e o Estado, enquanto entes solidários e que provêm apoio técnico e institucional e recursos financeiros para esta execução, possuem instrumentos para monitoramento e avaliação como forma de verificar a qualidade dos serviços prestados e a aplicação dos recursos monetários destinados aos municípios.

Considerando os aspectos gerenciais, importa aos gestores o monitoramento dos indicadores de saúde, dos repasses financeiros oriundos das esferas nacional e estadual e também informações



oportunas sobre a população cadastrada e indicadores de saúde relacionados.

Inicialmente, ao novo gestor municipal é imprescindível acesso ao Fundo Municipal de Saúde, via sistema e-Gestor Atenção Básica, com login CNPJ Fundo Municipal de Saúde. Caso não possua senha, clique em Lembrar Senha e esta será enviada ao e-mail cadastrado no sistema do FNS. Se o e-mail do FMS não estiver cadastrado ou estiver desatualizado entre em contato com a Divisão de Transferência de Recurso - DITRE Goiás, pelo telefone (62) 3526-1005 e 3526-1006.

Figura 5: Perfis de Acesso para Estados e Municípios.



Fonte: e-Gestor AB, Manual de uso do sistema

[Sistemas da Atenção Primária](#) - apresenta os manuais de uso dos sistemas de informação da Atenção Primária organizados e atualizados de acordo com as versões disponibilizadas e implementadas pelo Ministério da Saúde. Esse espaço de informação é uma iniciativa da Secretaria de Atenção à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, que visa **auxiliar os gestores e profissionais de saúde que atuam no SUS**, que utilizam diariamente os **sistemas de informação** dos programas e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).



➤ Os Sistemas de Informação da APS

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, públicos ou privados, com convênio SUS ou não. Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) da capacidade instalada e mão de obra assistencial de saúde e suas potencialidades, para auxiliar o planejamento em saúde para uma gestão eficaz e eficiente.

O CNES é a base cadastral para operacionalização de mais de 90 (noventa) sistemas de base nacional, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), entre outros.

O CNES possui as seguintes finalidades:

- **Cadastrar** e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;
- **Disponibilizar** informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;
- **Ofertar** para a sociedade, informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;
- **Fornecer** informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

Quando ocorre publicação de portaria de credenciamento das novas equipes e serviços, a gestão deverá cadastrar a equipe e o serviço no SCNES, observando os critérios exigidos para homologação dos códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao



Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), num prazo máximo de 3 (três) competências, sob pena de descredenciamento. Após esse período, será publicada portaria de homologação para fins da transferência dos incentivos de custeio, acompanhamento, monitoramento e avaliação.

Será considerada válida uma equipe e/ou serviço para transferência dos incentivos financeiros, o cumprimento das normativas específicas estabelecidas no momento da adesão ao programa.

Para isso, a gestão deve realizar a atualização mensal dos dados na competência vigente, ainda que apresente seus dados cadastrais inalterados.

Deve-se observar atentamente as datas divulgadas no cronograma de envio disponível no link: [Cronograma SCNES](#)

Qual periodicidade de atualização do CNES no seu município?

Você sabia que o SCNES influencia toda a produção de saúde dos seus profissionais? Se o cadastro tiver qualquer erro ou duplicidade pode acarretar em danos financeiros e de envio de produção ao centralizador nacional. Verifique regularmente o SCNES e uniformize os períodos da atualização do mesmo.

O e-SUS é o sistema oficial do MS onde são inseridas as informações da produção dos profissionais das eSF, eSB, e-Multi entre outras equipes APS. Este sistema é aperfeiçoado com frequência em atualizações de versões para atender as necessidades dos serviços, como para a aplicação da vacina da dengue que antes de fevereiro de 2024 não estava disponível no SUS. As melhorias contínuas do sistema acontecem graças à utilização cotidiana pelos profissionais e podem ser solicitadas quando houver inconsistências detectadas no canal de suporte, disponível em: [Canal de Suporte e-SUS](#). Possuir um profissional em tecnologia da informação é imprescindível para operacionalização do sistema e integração com as equipes de saúde para a inserção adequada das informações para produzir relatórios consistentes que



retratam a realidade local e possam ser fontes de análises dos gestores para implementação de políticas. Acesse: [e-SUS Atenção Primária](#) para mais informações.



O Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB é o sistema de armazenamento da produção inserida no e-SUS. Acesse <https://sisab.saude.gov.br>

Especialmente importante para o monitoramento da produção, o SISAB traz os relatórios de validação para verificar se as fichas produzidas estão aprovadas ou reprovadas e o motivo da reprovação. Fichas reprovadas em caráter preliminar podem ser corrigidas e ainda aprovadas na competência. É necessário acompanhar!

Outros relatórios importantes: Produção em Saúde, Atividades Coletivas, Indicadores de Desempenho, Apoio ao Cuidado, Vacinas Registradas no e-SUS APS.

O e-Gestor AB é uma plataforma WEB que oferta o acesso aos sistemas da Atenção Primária (APS) e apresenta informações para apoio à gestão nos municípios, nele estão disponíveis Relatórios públicos, sobretudo dados sobre Financiamento APS e Histórico de Cobertura, podendo acessar pelo link: [e-Gestor AB](#).

Na plataforma estão disponíveis também os Relatórios de acesso restrito, disponíveis em: [e-Gestor AB acesso restrito](#), devido dados sensíveis, para acessar é necessário informar CPF e senha previamente definida. Neste ambiente está disponível, em especial, o SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica como relatórios de validação, de produção, de atividade coletiva, indicadores de desempenho, registro de vacinação no e-SUS, de apoio ao cuidado, entre outros.



Os Relatórios do Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC são as fontes de acompanhamento mais frequente das equipes pelo coordenador/gestor municipal, devido disponibilidade em tempo real, e devem ser pautas das reuniões de equipe para monitoramento da qualidade das informações inseridas no momento dos atendimentos. É importante descentralizar as informações dos relatórios e-Gestor AB aos profissionais da equipe, para que possam monitorar e avaliar os resultados de sua atuação, e para provocar mudanças de postura na organização dos processos de trabalho.

A Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS é a plataforma nacional de interoperabilidade (troca de dados) em saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020, para a transformação digital da saúde no Brasil. A RNDS foi implantada no seu município? Acesse: [Saúde Digital - RNDS](#).

➤ Estratégias para Qualificação da APS

a) Academia da Saúde

É um programa que visa a contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de espaços públicos construídos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

São previstas várias possibilidades de práticas de cuidado em saúde, embasadas em oito componentes, que são, ao mesmo tempo, eixos e ações a serem desenvolvidas localmente:

- Práticas corporais e atividades físicas;
- Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- Promoção da alimentação saudável;
- Práticas integrativas e complementares em saúde;
- Práticas artísticas e culturais;
- Educação em saúde;
- Mobilização da comunidade;
- Planejamento e gestão.



As atividades são realizadas no ambiente do programa denominado polo. Os polos do programa são compostos por dois espaços: área coberta e área descoberta.

Desde 2012, a adesão para construção de polo do Programa Academia da Saúde é realizada somente por Emenda Parlamentar. O parlamentar faz a indicação da emenda para o município e o município faz a indicação da emenda pelo sistema do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e cadastro da proposta pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).

São 3 (três) modalidades a serem construídas:

- Modalidade Básica (250 m²)– valor do repasse R\$81.000,00
- Modalidade Intermediária (263,2 m²) – valor do repasse R\$125.000,00
- Modalidade Ampliada (421,2 m²) – valor do repasse R\$218.000,00

Custeio: mensalmente, por transferência regular e automática, por meio do Piso de Atenção Primária (PAP), no valor mensal de **R\$ 3.000,00** (três mil reais) por polo. Após solicitação no SAIPS, aprovação e publicação de portaria. Esse valor é pago desde que o polo tenha no mínimo dois profissionais de 20h/semanais ou um profissional de 40h/semanais, com produção lançada na ficha de atividade coletiva no e-SUS. No site do Programa Academia da Saúde: [Academia da Saúde](#) é possível ter acesso às informações, tais como: legislações, manuais e notas técnicas, além de outros materiais que norteiam o programa.

b) Saúde na Escola

O PSE é uma estratégia de integração e articulação da saúde e educação para promover saúde e educação integral, por meio de planejamento conjunto, dentro do Plano Político Pedagógico da escola (municipal e estadual), de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.



A responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) com o território e sua população é permanente, incluindo a comunidade escolar. A adesão é um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação. O ciclo é bienal, ou seja, tem duração de 02 (dois) anos. A adesão ao PSE, através do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), define as escolas prioritárias que serão aderidas em cada ciclo, para sistematizar as intervenções voltadas a esse público no âmbito das redes públicas de saúde e de educação municipal e estadual. Cada ciclo são definidos temas prioritários que impactam positivamente em vários indicadores de saúde das crianças e adolescentes.

Após adesão, o recurso é calculado de acordo com o número de alunos e da vulnerabilidade das escolas aderidas e o repasse é feito anualmente. São escolas prioritárias: todas as creches públicas e conveniadas do município, todas as escolas rurais, escolas indígenas, escolas quilombolas, escolas com alunos em medida socioeducativas, escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

O monitoramento das ações realizadas será por meio dos sistemas de informações em saúde disponíveis, e/ou desenvolvimento dos processos avaliativos mais complexos. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse#:~:text=O%20monitoramento%20e%20a%20avalia%C3%A7%C3%A3o,reorienta%C3%A7%C3%A3o%20das%20interven%C3%A7%C3%B5es%20do%20Programa.>

c) Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

As **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde** são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de **vulnerabilidade e desigualdade social**.

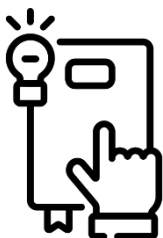
Populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social:

- Saúde integral da população negra, quilombola, povos de religiões de matriz africana;



- População indígena não aldeada;
- População em situação de rua;
- População do campo, da floresta e das águas e povos e comunidades tradicionais;
- Saúde do povo cigano/romani;
- Atenção à saúde da população LGBT;
- Pessoas com albinismo;
- População Privada de Liberdade;
- População Migrante, Refugiada e Apátrida
- Atendimento aos adolescentes em conflito com a lei

O **Painel da Equidade em Saúde** monitora o acesso das populações específicas e em situação de vulnerabilidade social ao Sistema Único de Saúde (SUS), com perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas, qualificar as informações em saúde e fortalecer estratégias de ampliação do cuidado em saúde. Disponível em:



Em Goiás, estima-se a presença de 19.748 migrantes internacionais com diferentes nacionalidades, de acordo os dados do (SISMIGRA/CONARE, 2022).

A população migrante, apátrida, refugiada precisa de uma abordagem e atenção específica, por possuir barreiras de acesso no SUS, como: idioma/língua, cultura diferente, ausência de documentação, e precisa ser identificada no seu território. Para tanto, orienta-se que ao preencher a ficha de cadastro do e-SUS, observe e registre os seguintes campos: nacionalidade, país de nascimento, data de naturalização, data de entrada no Brasil, data de realização do cadastro, e saída do cidadão do cadastro a para atualização do fluxo de migração no Estado. Para aprofundamento do tema, consulte os sites: OIM - Organização Internacional para as Migrações: <https://brazil.iom.int/pt-br> Agência da ONU para Refugiados no Brasil: <https://www.acnur.org>



d) Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) é de iniciativa federal com apoio e participação de estados e municípios. Objetiva formar e aprimorar médicos com vistas ao provimento e à fixação profissional na atenção primária à saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O provimento e fixação se concretizam por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) mediante a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, que visa aprimorar a formação médica e fortalecer a integração ensino-serviço. Ainda com objetivo de formar médicos, o PMM prevê a reorganização da oferta de vagas de graduação e de residências médicas.

Além de estender o acesso, o programa promove melhorias na qualidade de atendimento à população por meio do vínculo e humanização.

Outra iniciativa federal de provimento médico é o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), operacionalizado pela Agência de Apoio à Gestão do SUS – AGSUS.

Para mais informações, acesse: [Mais Médicos](#).

Em Goiás atualmente são 628 médicos em atuação pelo PMMB e 162 pelo PMpB, em 176 municípios.

Mais informações com as Referências Regionalizadas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde/ Ministério da Saúde:

- Márcia Valéria Ribeiro de Queiroz Santana – fone: 63 99236 6037 – e-mail: marcia.valeria@saude.gov.br
- Robson Pereira Braga – fone: 62 99429 6223 - e-mail: robson.braga@saude.gov.br
- Gilberto David Filho – fone: 62 98140 5772 - e-mail: gilberto.david@saude.gov.br



e) Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), assim denominadas pelo Ministério da Saúde (MS), são abordagens terapêuticas de cuidado transversais, podendo ser realizadas na atenção primária, na média e alta complexidade.

Essas práticas buscam otimizar o processo saúde-doença, o diagnóstico precoce e tratamento em saúde, utilizando mecanismos naturais de promoção e prevenção de doenças e agravos, por meio de tecnologias eficazes, seguras e menos invasivas, com ênfase em uma escuta acolhedora, estímulo ao autocuidado, numa visão integrativa e multidisciplinar.

Foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006 (Portaria GM/MS nº 971/2006), posteriormente alterada para inclusão de novas práticas, sendo atualmente 29 práticas reconhecidas e codificadas pelo SUS. Em Goiás, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) foi instituída na Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela Lei Estadual nº 16.703/2009.

A Gerência de Atenção Primária - GERAP/SPAIS/SES-GO, por meio da Coordenação Estadual de Práticas Integrativas, tem como objetivo principal nortear gestores municipais e equipes da atenção primária na implantação, implementação, execução e avaliação das PICS nos serviços de saúde locais, conforme a PNPIC/PNPIC.

Observa-se que a implantação e implementação da PNPIC/PEPIC, com sistemática, e permanente oferta dessas práticas, promove uma melhoria significativa dos relacionamentos interpessoais, familiares, sociais e comunitários, redução da medicalização, redução de efeitos colaterais dos tratamentos tradicionais, diminuição do número de internações, e conseqüente resolubilidade do sistema de saúde. Em síntese, podemos dizer que a oferta das PICS se destaca pela conseqüente e expressiva redução dos custos financeiro, temporal e humano, para a promoção do bem-estar, melhoria na qualidade de vida da população nos territórios.



f) Programa de Requalificação das Unidades Básicas - Requalifica UBS

O Requalifica UBS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação - reforma, ampliação e construção de UBS - com proposta de uma estrutura física acolhedora e dentro dos padrões de qualidade que possua condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo **Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob)**, ferramenta que possibilita ao gestor controle sobre o andamento das obras.

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, define em seu [CAPÍTULO II - DOS COMPONENTES E INCENTIVOS PARA À ATENÇÃO BÁSICA \(art. 86 ao art. 172\)](#), [Seção I - Do Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde \(UBS\) \(art. 86 ao art. 117\)](#) a legislação relacionada à reforma das UBS. E em seu [CAPÍTULO II - DA CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE \(art. 684 ao art. 767\)](#) os regramentos para a construção e ampliação das UBS.

➤ Credenciamento de Equipes

Existem duas formas de solicitação de credenciamento de equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde: on-line por meio de sistema de informação específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou por documento digitalizado e enviado por ofício ao Protocolo Geral do Ministério da Saúde.

Para acessar o sistema Gerencia APS, o gestor do programa no município deve possuir um perfil criado na plataforma e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/>) e estar com seu cadastro ativo e vinculado ao módulo Gerência APS.

O Ministério da Saúde lançou o [Painel Novos Credenciamentos da Atenção Primária à Saúde](#), ferramenta que possibilita o acompanhamento de portarias de novos credenciamentos de



equipes conforme prazo estabelecido, além das homologações, normativas e portarias.

Solicitação online pelo sistema Gerencia APS / e-Gestor AB:

- I Equipe de Saúde da Família - eSF;
- II Equipe de Atenção Primária - eAP;
- III Equipe de Saúde Bucal - eSB;
- IV Equipe Multiprofissional - eMulti;
- V Equipe de Consultório na Rua - eCR;
- VI Agentes Comunitários de Saúde - ACS;
- VII Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)

Solicitação Online pelo e-Gestor AB:

- I Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)
- II Incentivo de custeio para as equipes integradas a programas de formação profissional da APS
- III Incentivo de Custeio destinado à Implementação de Ações de Atividade Física (IAF)

Solicitação por documento digitalizado e enviado por ofício ao Protocolo Geral do Ministério da Saúde:

- I Unidade Odontológica Móvel (UOM)
- II Incentivo de Custeio para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)
- III Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) - Implantação
- IV Endereço eletrônico disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/ceo>

Solicitação online pelo SAIPS:

Programa Academia da Saúde (PAS)

Para recebimento dos incentivos financeiros correspondentes às equipes e aos serviços que atuam na APS, efetivamente credenciados em portaria e cadastrados no SCNES, os municípios deverão alimentar os dados no sistema de informação da APS vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e a execução das atividades.

O fluxo de credenciamento encontra-se integralmente na [**Nota Técnica nº 282/2023-COHC/CGFAP/SAPS/MS**](#)

Para consulta das solicitações de credenciamentos acesse o site: e-Gestor AB; selecionar os itens “Relatórios Públicos” a “Financiamento APS” à “Solicitações de Credenciamento”



Financiamento Federal

Os repasses mensais da União aos municípios podem ser acompanhados pelo e-Gestor AB, em relatórios públicos, Financiamento da APS. Acesse pelo link: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relPagamentoIndex.xhtml>



Assim como os repasses do dia e detalhamento dos repasses da União aos municípios podem ser visualizados no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), incluindo as portarias que deram origem ao recurso. Acessados pelo endereço eletrônico Fundo

Nacional de Saúde.

Se você, gestor, tem dúvida em como executar o recurso financeiro, verifique a portaria que institui o incentivo recebido que define o objeto do gasto.

O financiamento das ações da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, de forma complementar. Os valores mínimos a serem aplicados anualmente são baseados na **Emenda Constitucional nº 29/2000**, na **Lei Complementar nº 141/2012** e na **Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017**, incluindo as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Para a transferência financeira entre as esferas de governo é utilizado o repasse fundo a fundo. A transferência de recursos do FNS para os estados, municípios e o DF são organizados em dois blocos:

- I Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio destinar-se-ão:

- I à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde;



- II ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde destinar-se-ão, exclusivamente, à:

- I aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;
- II obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
- III obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Financiamento Federal - Cofinanciamento do Piso de Atenção Primária à Saúde

- I A Portaria GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024, instituiu o cofinanciamento federal de apoio à manutenção da Atenção Primária à Saúde (APS) constituído por:
- II componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família – eSF e das equipes de Atenção Primária – eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal – eSB e equipes Multiprofissionais – eMulti;
- III componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;
- IV componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti;
- V componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;
- VI componente para Atenção à Saúde Bucal; e
- VII componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS.

Os recursos serão transferidos na modalidade fundo a fundo aos municípios, estados e Distrito Federal, e repassados pelo Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.



Suspensão e Retroativo de Incentivo de Equipes eSF, eAP e eSB.

O descumprimento dos critérios previstos na PNAB para o funcionamento das estratégias e programas, constatados por meio do monitoramento e/ou supervisão direta do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais de Saúde, ou ainda por meio de auditoria do DENASUS e de órgãos de controle competentes, pode ocasionar suspensão do repasse dos recursos específicos referentes às equipes e serviços.

Acesse a [Nota técnica nº 829/2022](#), que trata sobre as orientações acerca dos fluxos e prazos para solicitação de crédito retroativo de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde.

A [Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024](#), Seção V, artigo 12-K define as irregularidades que acarretam suspensão de recursos financeiros e sua aplicação proporcional no custeio das equipes, conforme quadro a seguir:

§ 7º Após seis competências consecutivas da suspensão proporcional da transferência do valor dos componentes para eSF e eAP, será aplicada a suspensão total dos incentivos financeiros.

§ 8º Após doze competências consecutivas da suspensão total da transferência do valor dos componentes para eSF e eAP, serão automaticamente revogados o credenciamento e a homologação referentes às INEs das equipes.” (NR)

“Art. 12-L. O componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes da APS, de que trata a Seção IV, adotará as regras de suspensão estabelecidas na PNAB e na legislação pertinente.” (NR)

“Art. 12-M. O custeio mensal das eSB e eMulti será mantido enquanto estiver vigente o credenciamento, homologação e suspensão da eSF ou eAP a qual estão vinculadas, considerando o disposto em normas específicas e o prazo de seis competências para regularização.



Quadro 7: Hipóteses de Suspensão Proporcional e Total dos Incentivos Financeiros de ESF e EAP.

Tipo de suspensão	Percentual	Motivo de suspensão
SUSPENSÃO PROPORCIONAL ausência por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas	25%	auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; ou agente comunitário de saúde
	50%	médico ou enfermeiro
		auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde
75%	a) médico e agente comunitário de saúde; ou b) médico e auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; ou c) enfermeiro e agente comunitário de saúde; ou d) enfermeiro e auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem.	
SUSPENSÃO TOTAL	100%	3 (três) competências consecutivas de ausência de envio de produção ao Sisab
		2 (duas) competências do SCNES consecutivas de duplicidade de profissional da eSF no SCNES
		de forma imediata, nos casos de ocorrência de uma das seguintes hipóteses: a) ausência simultânea de três categorias profissionais da equipe mínima da eSF; ou b) ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro da equipe mínima da eSF ou da eAP; ou c) ausência do cadastro ativo da eSF ou eAP no SCNES; ou d) Suspensões por órgãos de controle - fraude ou irregularidade no SCNES.

Fonte: Portaria 3493/24



Financiamento Estadual - Cofinanciamento às Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal

A Resolução CIB nº 025/2024 institui o incentivo financeiro de custeio para cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás. O modelo de incentivo financeiro de custeio para cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, em Goiás, está baseado em pagamento por desempenho, com foco no processo de trabalho para o fortalecimento e ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde, e promovendo o redirecionamento em relação ao verdadeiro papel da APS nos sistemas de saúde.

O financiamento estadual de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) é constituído por:

- I Bloco de Expansão e Manutenção – 60% recurso, cobertura APS;
- II Bloco de Processos e Resultados – 40% recurso, 9 indicadores estaduais, que têm como fonte o centralizador estadual e-SUS.

A avaliação é quadrimestral, podendo acompanhar e monitorar os resultados preliminares por meio do painel [Programas e Estratégias da Atenção Primária](#).

Qualifica APS Goiás

Instituído pela Resolução nº 220/2021 e operacionalizado por meio do **Edital 01/2021**, o financiamento para equipes multiprofissionais estaduais denominado **Programa Qualifica APS Goiás**, para inserção de profissionais farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física na APS, conforme tabela a seguir.

Quadro 8: Financiamento equipes multiprofissionais.

Grupo	Nº equipes	Valor por equipe
A	1 a 4	R\$ 4.000,00
B	5 a 9	R\$ 6.000,00
C	a cada grupo de 10	R\$ 10.000,00

Fonte: Programa Qualifica APS



Saúde Prisional

Além dos valores mencionados anteriormente, o Estado de Goiás realiza transferências financeiras para os municípios que possuem adesão ao financiamento estadual com ações de saúde voltadas à população privada de liberdade, conforme pactuado na Resolução CIB nº. 066/2018.

Quadro 9: Critérios de repasse de recursos financeiros Estadual para Equipes de Saúde em Unidades Prisionais de Goiás.

População Privada De Liberdade	Carga Horária Mínima por Profissional da Equipe	Valor De Repasse Mensal	Composição Mínima de Profissionais
0 - 100 Presos	6 h	R\$ 5.000,00	Equipe compartilhada com a ESF/ESB
101 - 300 Presos	20 h	R\$ 18.497,00	1 Médico 1 Enfermeiro 1 Técnico/Auxiliar de enfermagem 1 Odontólogo 1 Técnico/ Auxiliar de Saúde Bucal
301 - 500 Presos	30 h	R\$ 36.437,00	1 Médico 1 Enfermeiro 1 Técnico/Auxiliar de enfermagem 1 Odontólogo 1 Técnico/ Auxiliar de Saúde Bucal
Municípios acima de 501 Presos e que possuem mais de 1 (uma) Unidade Prisional em seu território			
Acima de 501 Presos	30 h	R\$ 85.284,00 (2 Equipes)	2 Médicos 2 Enfermeiros 2 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem 2 Odontólogos 2 Técnicos/ Auxiliares de Saúde Bucal 2 Psicólogos 2 Assistentes Sociais

Fonte: Resolução CIB nº 064/2024.



Para adesão ao financiamento estadual, (Resolução CIB nº 064/2024), o Gestor municipal deverá seguir o seguinte fluxo:

- 1) Preencher o termo de adesão ao financiamento estadual bem como a declaração de composição de equipe.
- 2) Elaborar o Plano de Ação.
- 3) Encaminhar o termo de adesão e a declaração de composição de equipes e o Plano de Ação devidamente assinados à Secretaria Estadual de Saúde/Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção às Populações Específicas.
- 4) Aguardar análise da Gerência de Atenção às Populações Específicas e o recebimento do recurso financeiro.

O Monitoramento das ações e serviços de saúde nas unidades de saúde prisionais ocorre por meio do preenchimento mensal do formulário eletrônico pelas equipes de saúde e supervisão técnica realizada trimestralmente pelas Coordenações Regionais de Saúde.

População de Rua

No cuidado em saúde da população em situação de rua, há oferta de cofinanciamento para as equipes de Consultório na Rua completas e em funcionamento no Estado de Goiás, conforme regimento do Ministério da Saúde e que deverá estar credenciada mediante publicação de portaria ou em processo de credenciamento. Atualmente o valor de custeio mensal é de R\$ 8.800,00.

Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), promove ao cidadão acesso a medicamentos e insumos para o tratamento dos principais problemas de saúde e programas da Atenção Primária. Esses itens estão elencados nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). RENAME.



As aquisições dos medicamentos e insumos desse componente ocorrem de forma centralizada (responsabilidade da União) e descentralizada (responsabilidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios).

Itens de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde:

- Acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml - injetável
- Acetato de medroxiprogesterona + Cipionato de Estradiol 25mg+5mg/ml - injetável
- Enantato de noretisterona + Valerato de etinilestradiol 50mg + 5mg/ml - injetável
- Etinilestradiol + Levonorgestrel 0,03mg + 0,15mg – pílula
- Levonorgestrel 0,75mg – comprimido
- Noretisterona 0,35mg – comprimido
- Misoprostol 25mcg e 200mcg – comprimido vaginal
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Insulina Humana NPH 10ml – frasco
- Insulina Humana NPH 3ml – caneta
- Insulina Humana Regular 10ml – frasco
- Insulina Humana Regular 3ml – caneta
- Clindamicina 300 mg e rifampicina 300 mg, exclusivamente para tratamento de Hidradenite supurativa moderada.
- Kit de medicamentos e insumos estratégicos para a Assistência Farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres.

O financiamento do CBAF é regulamentado pelos artigos nº 537 a 539 da **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Conforme as regras vigentes, o somatório dos valores das contrapartidas mínimas dos três entes de gestão poderá ocorrer na faixa entre R\$ 10,57 (maior IDHM) a R\$ 10,77 (menor IDHM), dependendo do enquadramento do IDHM de cada município, distribuídos da seguinte forma:

- União: R\$ 5,85 a R\$ 6,05 (variação segue faixa de IDHM) por habitante/ano;
- Estados e Municípios (e Distrito Federal) no mínimo R\$ 2,36 por habitante/ano cada ente.



Atualmente o Estado de Goiás repassa o valor de R\$ 4,50 por habitante/ano, transferidos fundo a fundo aos municípios, na mesma conta bancária utilizada pelo Fundo Nacional de Saúde conforme os critérios estabelecidos na Resolução CIB nº 058/2024, sendo R\$ 3,00 fixos e R\$ 1,50 variável, conforme o alcance das metas dos indicadores estabelecidos. <https://goias.gov.br/saude/cib-resolucoes/>

Em regra, esse recurso somente pode ser utilizado para aquisição de itens dos anexos I e IV da RENAME. No entanto a Portaria GM nº 1.555/2013, destaca que um percentual de até 15% da soma dos valores repassados pelos estados e pelos próprios municípios poderá ser aplicado anualmente:

- na adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos municípios;
- na aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica;
- na realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, desde que seja pactuado em CIB. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Modo de acesso: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php?title=Página_principal&oldid=2836

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 32, de 19 de maio de 2021. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Diário Oficial da União Publicado em: 18/05/2021. Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0032_20_05_2021.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidade das eSF dispostos na PNAB. Diário Oficial da União Publicado em: 18/04/2006. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombolas, por município, para cálculo do teto de eSF. Diário Oficial da União Publicado em: 18/01/2008. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0090_17_01_2008.html



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAPS nº 32, de 19 de maio de 2021. Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0032_20_05_2021.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Infraestrutura dos polos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Modo de acesso: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/academia-da-saude/material-de-apoio/infraestrutura-dos-polos/manual_programa_academia_volii_infra_polos_preliminar.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.924, de 17 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para reajustar os valores dos incentivos financeiros. Diário Oficial da União https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1924_20_11_2023.html

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Parte I - Protocolos Assistenciais. Protocolo de Enfermagem às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Goiânia. 4ª Edição, 2022, p. 391 - 403.



Magalhães, DF. Políticas Públicas de Saúde. Módulo 2 - Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Enap Escola Nacional de Administração Pública, Diretoria de Educação Continuada. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/7532/2/M%C3%B3dulo%202%20-%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20-%20Sa%C3%BAde%20-%28PNAB%29.pdf> Acessado em 21/02/24.

Oliveira, MAC , Pereira, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64. Modo de acesso: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>

Pereira, MPB e Barcellos, C. O território no Programa de Saúde da Família. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/16847-62802-1-PB.pdf> Acessado em: 26/02/24.

Portaria SAES nº 37, de 18 de janeiro de 2021. Modo de acesso: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2021/prt0037_21_01_2021.html

Rossi, FR e Lima, MADS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm. 58 (3) • Jun 2005. Publicado em: 20/11/2023. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010> Acessado em 21/02/24.

Portaria GM/MS nº 2.298 de 9 de setembro de 2021. Modo acesso: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20normas%20para,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20normas%20para,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)

Resolução CIB nº 064 de 26 de março de 2024. <https://goias.gov.br/saude/cib-resolucoes/>

Resolução CIB nº 267 de 6 de dezembro de 2022. <https://goias.gov.br/saude/cib-resolucoes/>



Portaria Interministerial nº de 2 de janeiro de 2014. Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html