

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCILENE DA CONCEIÇÃO VIEIRA

**PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL NA
LOCALIDADE DE MARINHOS, MUNICÍPIO DE BRUMADINHO/MG**

BRUMADINHO-MG
2013

LUCILENE DA CONCEIÇÃO VIEIRA

**PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL NA
LOCALIDADE DE MARINHOS, MUNICÍPIO DE BRUMADINHO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção de
título de Especialista.

Orientadora: Profa. Simone Dutra Lucas.

BRUMADINHO -MG

2013

LUCILENE DA CONCEIÇÃO VIEIRA

**PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL NA
LOCALIDADE DE MARINHOS, MUNICÍPIO DE BRUMADINHO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção de
título de Especialista.

Orientadora: Prof. Simone Dutra Lucas.

Banca examinadora

Prof. Simone Dutra Lucas - orientadora

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 25 / 07 / 2013

AGRADECIMENTOS

A toda população da comunidade de Marinhos/Brumadinho/MG que se preocupa com a manutenção da saúde bucal.

“Fruto da proposta da defesa da vida, o acolhimento se constitui em uma ação que privilegia a proposta do serviço centrado no usuário. Está voltado para a demanda espontânea e, por isso, busca atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde.” (WERNECK, s.d.)

RESUMO

IntroduçãoHoje o sistema único de Saúde, possui o serviço de saúde bucal, vinculado aos seus programas de atenção primária e secundária. Esta assistência à saúde bucal possui no Brasil vários modelos, podendo citar a odontologia simplificada e sistema integral, dentre esses serviços buscou – se intervenções em escolares, que privilegiava o tratamento odontológico da dentição permanente dos escolares de sete a quatorze anos de idade.O estudo realizou-se em Brumadinho, que é um dos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte e fica localizado a uma distância de aproximadamente 50km da capital. Abrange uma área de 640,08km² (IGA,2012) e possui uma população de 33.973 habitantes segundo (IGA, 2002).Objetivo Geral da pesquisa é analisar a produção ambulatorial do serviço de saúde bucal na localidade de Marinhos. Objetivos Específicossão - analisar os dados levantados e apresentá-los à comunidade e dirigentes locais; - Identificar o perfil do serviço de saúde bucal a partir dos procedimentos realizados para decidir o melhor modelo assistencial para a comunidade. Metodologia: pesquisa de dados secundários no SIABe bibliográfica no SciELO, com os descritores: cárie, Atenção Primária à Saúde.e saúde bucal.Resultados apontaram que nos adultos destacam-se as doenças externas dos dentes e atendimentos de urgência, em que ocorria a extração dos dentes. Mostram, ainda, queos resultados na saúde bucal do escolarnão surtiram os efeitos esperados, para garantir a saúde na fase adulta. Conclusão é de significativa importância fazer a avaliação do atendimento de saúde bucal, identificando as necessidades dos escolares, possibilitando o planejamento de ações a serem desenvolvidas.

Palavras-chave: Cárie. . Saúde bucal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction Nowadays the Brazilian Unified Health *System* (SUS) has oral health service linked to its primary and secondary attention programs. This oral health assistance in Brazil has several models. Simplified odontology and Integral system are some of them. In these services it was sought interventions in seven to fourteen years old children school. The study was made in Brumadinho, one of the cities in Belo Horizonte metropolitan area, located about 50 km from the capital of the state. Its area is 640,08 km² and has a population of 33.973 inhabitants (IGA,2012). Overall Objective of this research is analyzing the outpatient care production of oral health service in Marinhos, located in Brumadinho. Specific Objectives are analyzing the collected data and present them to the community and local administration; Identify the oral health service profile from the procedures made to decide the best assistance model to the community. **Methodology:** research of secondary data in the Basic health care information (SIAB) and SciELO, using as descriptors: carie, primary health care and oral health. Results pointed that in adults must be highlighted the external teeth diseases and urgency service, in which occurred extraction of the teeth. The results in oral health in school children were not effective to guarantee oral health in adulthood. Conclusion is of major importance to evaluate the oral health service, identifying the needs of children school, giving possibilities to plan the actions to be developed.

Keywords: Carie. Oral Health. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição dos procedimentos realizados de janeiro a dezembro 2010.....	27
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Porcentagem de dentistas e médicos no SUS.....	23
--	----

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1:Número de procedimentos separados por grupos realizados no PSF Marinhos, no ano de 2010.....	29
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Características Sócio - Demográficas.....	11
1.2 Saúde.....	12
1.2.1 Saúde Bucal.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivo Específico.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
5.1 Políticas de Saúde Bucal no Brasil _ 1986-2009.....	16
5.1.1 Modelos assistenciais e situação de saúde bucal.....	205.2
5.1.2 Saúde Bucal Coletiva.....	25
5.3 A Avaliação de Saúde Bucal na Escola.....	25
6 RESULTADOS.....	26
6.1 Análises de Dados.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	33

.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Características Sócio Demográficas de Brumadinho

Brumadinho é um dos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte e fica localizado a uma distância de aproximadamente 50km da capital. Abrange uma área de 640,08km² (IBGE,2012) e possui uma população de 33.973 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A população é assim distribuída: 5.326 habitantes correspondem à população rural, o que representa 15% da população total, e 28.687 habitantes correspondem à população urbana, o que representa 85% da população total – sendo assim a densidade demográfica do município é de 53,13 hab./km. Ocasionalmente descentralizada com a presença de diversas comunidades rurais e localidades de caráter urbano.

A cidade conta com a presença de grandes mineradoras, sendo inserida na área do Quadrilátero Ferrífero, o que contribui para a potencialização de impactos ambientais em média e grande escalas. O setor é responsável por grande parte dos empregos ofertados à população Brumadinhense.

Em relação ao uso e ocupação do solo predominam as pequenas e médias propriedades com produção de hortifrutigranjeiros que comercializam seus produtos na Central de Abastecimento (CEASA) de Belo Horizonte.

Brumadinho destaca-se por possuir diversas unidades de conservação ambiental apresentando extensas áreas com restrições impostas pelas leis e decretos que as criaram.

1.2 Saúde

Em 2010, o percentual de gastos do orçamento da Prefeitura com a Saúde em Brumadinho alcançou 26,0%, ficando acima do percentual mínimo de 15,0% exigido pelo Governo Federal(SIAB CIDADE, 2010).

O município de Brumadinho Possui 13 Equipes de Saúde da Família, dividido entre zona rural e urbana.

Na estratégia saúde da família são desenvolvidos programas e projetos federais, estaduais e municipais envolvendo a promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos usuários do SUS do município. Vale ressaltar que a Estratégia de Saúde da Família cobre 100% do município, sendo que em 2006, esse índice era de 89,04%. A saúde do município conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que trabalha

com diferentes profissionais (Psicólogo Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Fisioterapeuta). São oferecidas à população terapias alternativas, como Heiki, Massoterapia, Acupuntura, Terapia com Florais, Pedologia, Tai Chi Chuan.

1.2.1 Saúde Bucal

O último levantamento epidemiológico registrado em Brumadinha data de 2006. Foram avaliadas crianças de cinco a 14 anos, em relação à Cárie Dental e à Fluorose. Este estudo revelou que em média o índice do CEO (numero de dentes cariados, extraídos e obturados) das crianças da zona rural, é 105% maior que o CEO da zona urbana. Esta situação epidemiológica foi atribuída à falta de abastecimento de água fluoretada nessas localidades, com a além de hábitos locais como a oferta de água doce (açucarada) para crianças. Com base nessas informações, a Prefeitura intensificou o trabalho na área da Saúde Bucal implantando o serviço odontológico em várias localidades.

As Equipes de Saúde Bucal trabalham com atenção primária, ou seja, a odontologia básica: Plásticas, profilaxias (limpeza), exodontias, educação em saúde, etc.

Atenção Primária constitui um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (FARIA *et al.*, 2008).

O serviço de Saúde Bucal possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo I, que oferece atendimento nas seguintes áreas: cirurgias orais menores, endodontia, periodontia e atendimento à pacientes portadores de necessidades especiais.

A comunidade de Marinhos é descendente de quilombolas, em sua maioria e possui hábitos culturais no “tratamento” de dores de dentes e cárie. Desta forma, a higiene bucal, por exemplo, não é priorizada, o que acarreta alto índice de cárie entre a população. Além disso, a população não possui saneamento básico.

Define-se como problema de pesquisa o grande número de exodontias no resultado da produção no atendimento da comunidade de Marinhos.

2 JUSTIFICATIVA

O estudo merece destaque pelo fato de nunca ter sido caracterizado o modelo assistencial de Brumadinho pela necessidade de se rever e repensar estratégias efetivas a partir de dados do próprio serviço, pois sabe-se que o modelo predominantemente cirúrgico-restaurador não é capaz de promover a saúde bucal das populações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Geral

Analisar a produção ambulatorial do serviço de saúde bucal na localidade de Marinhos.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar os dados levantados e apresentá-los à comunidade e dirigentes locais;

Identificar o perfil do serviço de saúde bucal a partir dos procedimentos realizados para decidir o melhor modelo assistencial para a comunidade.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, fez-se uma pesquisa de busca de dados secundários no SIAB e posterior pesquisa bibliográfica narrativa. Para tal, os artigos foram levantados no site da Biblioteca Virtual em Saúde, no *Scientific Electronic Library onLine* (SciELO), com os descritores: cárie, saúde bucal e atenção primária à saúde.

A seguir, de posse do material levantado foi feita discussão dos artigos bem como programas governamentais, desde março de 2003 a dezembro de 2006.

Para fins de análise, os procedimentos odontológicos foram agrupados nas seguintes categorias: promoção de saúde bucal, cirúrgicos, restauradores, periodontais e urgências.

Grupo 1 – 1ª consulta – refere-se ao primeiro exame do paciente com finalidade diagnóstica e plano de tratamento, uma consulta por ano, (código 0301010153)

Grupo 2 – Procedimentos de prevenção e promoção – Atividade educativa, orientação em grupo na atenção básica, ação coletiva de escovação dental supervisionada; aplicação de flúor e evidência de placa (0101020031, 0101020074, 0101010010, e 0101020082)

Grupo 3 – Procedimentos restauradores – capeamento pulpar, restauração de dentes decíduos, restauração de dente permanente anterior, restauração de dente permanente posterior e selamento provisório de cavidade dentária (códigos 0101020090, 0307010015, 0307010023, 0307010031 e 0307010040).

Grupo 4 – Procedimentos cirúrgicos – Alveolotomia/alveolectomia, curetagem periapical, exodontia de dente decíduo, exodontia de dente permanente, odontoseção, radiclectomia, tunelização. Retirada de ponto. (códigos 0414020014, 0414020073, 0414020120, 04140200138, 0414020219, 0301100152)

Grupo 5 – Procedimentos periodontais – raspagem alisamento e polimento supra gengivais por sextante (códigos 0307030016)

Grupo 6 – Atendimento de urgência – Atendimento de urgência em atenção básica é o atendimento de paciente sem estar programado (agendado). Drenagem de abscesso, drenagem de abscesso da boca e anexos, acesso a polpa e medicação e curativo com ou sem preparo (código 0301060037, 0401010031, 0404020054, 0307020010, 0307020029).

Grupo 7 – Consulta de retorno para pacientes agendados, (código 0301010030)

Os demais procedimentos existentes e não citados, não são realizados na atenção básica (PSF). São encaminhados para o Centro Especialidades Odontológicas (CEO).

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Políticas de Saúde Bucal no Brasil – 1986-2009

A assistência odontológica pública no Brasil estruturou – se a partir do modelo de assistência aos escolares, preconizado pela Fundação de serviços Especiais de saúde pública – FSESP, e da livre demanda em unidades básicas (WERNECK, 1994; OLIVEIRA *et al.*, 1999).

O sistema incremental destinado aos escolares teve início em Richmond, nos Estados Unidos em 1946 e se tornou hegemônico no Brasil, a partir dos anos 50. Apresenta como um modelo superado tanto do ponto de vista da sua eficácia, quanto da sua abrangência e cobertura. Baseado no modelo cirúrgico restaurador provocou um aumento do número de dentes restaurados sem nenhum impacto nos níveis de doença bucal (Oliveira *et al.*, 1999; Loureiro & Oliveira, 1993). Era um modelo excludente ao tratar apenas aos escolares de sete a 14 anos. Este modelo perdurou por mais de 40 anos (NARVAI, 1994; LOUREIRO e OLIVEIRA, 1993; ZANETTI, 1993).

Na década de 80, no Prev. – saúde, a saúde bucal chegou a ser considerada uma das cinco atividades básicas que deveriam estar presente em cada unidade de saúde. Este reconhecimento se deve ao fato do modelo de atenção a saúde bucal ser considerado, na VII Conferência Nacional de Saúde, ineficaz, ineficiente, sem coordenação, mal distribuído, de baixa cobertura, alta complexidade, curativo mercantilista, monopolista e com preparo inadequado de recursos humanos (WERNECK, 1994). O relatório desta conferência recomendava a estruturação de um setor odontológico no ministério da saúde (PINTO, 2000).

Apesar de significar um avanço o Prev. – saúde não saiu do papel. No início da década de 80 é instituída uma comissão para estudar e propor as bases de uma nova política de assistência odontológica no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, cabendo ao Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP com apoio da direção geral do INAMPS acompanhar e avaliar sua implantação (WERNECK, 1994).

Em 1982, é criado no Ministério da Saúde um grupo técnico de odontologia que tem por finalidade definir e orientar as ações na área odontológica. Em 1984, é criado o departamento de odontologia no INAMPS e, nos estados, as coordenadorias regionais de odontologia (ZANETTI, 1993).

Nas décadas de 70 e 80 surgiram as propostas de odontologia simplificada e de odontologia integral que se voltaram mais para o aumento da cobertura não significando uma ruptura com o sistema Incremental (LOUREIRO e OLIVEIRA, 1993; WERNECK, 1994).

Em 1984, foi criado o Encontro Nacional de técnicos dos serviços públicos odontológicos (ENATESPO), tendo como finalidade discutir a prática odontológica. A sua criação representa um dos mais importantes eventos do setor odontológico em nível nacional. Este movimento assumiu a organização da I Conferencia Nacional de saúde Bucal realizada em 1986 como desdobramentos da VIII Conferencia Nacional de Saúde. O relatório da conferencia de saúdebucal recomenda a municipalização e a participação popular (ZANETTI, 1993; WERNECK, 1994).

A divisão nacional de saúde bucal – DNSB foi criada, em 1987. Com a criação desta divisão tem – se, pela primeira vez, no orçamento da união uma dotação especifica para saúde bucal (PINTO, 2000). Uma das ações mais importantes realizadas pela DNSB é a publicação, em 1988, do Levantamento Epidemiológico em saúde bucal estratificado por renda. Com base no levantamento foi priorizado o atendimento a crianças. Outra realização da DNSB foi o desenvolvimento do programa Nacional de prevenção da Carie (PRECAD) baseado na fluoretação da água de abastecimento e aplicação tópica de flúor gel (WERNECK, 1994).

Até agosto de 1989 ainda é adotado o tratamento de escolares, através do sistema incremental. Na década de 80, alguns municípios brasileiros se destacaram por adotarem novos modelos assistências mais resolutivos e voltados para o atendimento de toda a população superando o atendimento quase exclusivo dos escolares pelo Sistema Incremental (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

A partir de 1991, os recursos financeiros referentes aos serviços de saúde bucal passaram a ser repassados do nível federal para o nível municipal através dos procedimentos coletivos e procedimentos individuais, substituindo a modalidade baseada em tratamentos completados. Isso ocorre por iniciativa da DNSB que objetiva implementar, no serviço publico, procedimentos preventivos de abrangência coletiva. Esta nova tabela cria a possibilidade de um modelo assistencial com ênfase em trabalhos preventivos de maior abrangência e fundamentos em uma base epidemiológica mais solida. Esta tabela permite aos municípios aumentar a sua arrecadação mensal e, conseqüentemente, a realização de investimentos em equipamentos (WERNECK, 1994).

Os modelos assistenciais em saúde bucal de abrangência municipal passaram a ter uma importância maior a partir da criação do Sistema Único de Saúde - (SUS). Por ter em seus

princípios a universalidade, a integralidade, a descentralização das ações e o controle social, colocando em cheque a política de saúde bucal voltada para escolares.

Nos anos 90, percebem-se algumas tendências do modelo assistencial: o Programa de Inversão da Atenção, a Odontologia para Bebês e a Odontologia no Programa de Saúde da Família – PSF (OLIVEIRA *et al.*, 1999)

A principal característica do programa de Inversão da Atenção é o controle epidemiológico da doença cárie (OLIVEIRA *et al.*, 1999; LOUREIRO E OLIVEIRA, 1993; WERNECK, 1994).

A assistência odontológica às crianças menores de seis anos sempre se constitui num problema, no Brasil, em virtude da prática consolidada de se manter como grupo prioritário aos escolares de seis a 14 anos. Não foi adotado um modelo assistencial que visasse a universalidade, a integralidade e a equidade - princípios fundamentais do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

A participação da saúde bucal no PSF teve início, em Curitiba, antes da publicação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB – SUS/96). A publicação da NOB – SUS/96, sem inclusão tanto dos procedimentos odontológicos como da equipe de saúde bucal, gerou protesto da categoria odontológica (BRASIL, 1997).

Posteriormente, entre as ações custeadas com recurso do Piso Assistencial Básico (PAB), instituído com a NOB – SUS/96, encontra-se o atendimento odontológico básico realizado através de procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica (BRASIL, 1997).

O controle das doenças bucais mais comuns encontra-se citado entre as responsabilidades mínimas da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001. Esta norma propõe a inclusão da saúde bucal entre as estratégias mínimas para habilitação na condição de Gestão plena da Atenção Básica Ampliada.

No manual do PSF publicado em Minas Gerais, em 1997, encontra-se orientação sobre saúde bucal entre as principais atividades da equipe de saúde da família (MINAS GERAIS, 1997).

Em 2000, o Ministério da Saúde publicou portaria estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF (BRASIL, 2000). Foram estabelecidas duas modalidades de equipe de saúde bucal: da modalidade I participam o cirurgião dentista e o atendente de consultório dentário; a modalidade II é composta por um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e

um técnico em higiene dental. Para cada equipe de saúde bucal, que se destina a atender 6.900 habitantes, deverão ser implantadas duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000).

Com a portaria n 267/2001 o ministério da saúde regulamentou portaria n 1444/GM de 28/12/2000. Esta portaria define os procedimentos odontológicos que o cirurgião dentista, técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário e agente comunitário deverão executar (BRASIL, 2001).

No plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica se reconhece que os programas desenvolvidos com escolares, até então, têm seus méritos e limitações, ao adotar intervenção clínica e individual nos consultórios. Faz-se necessário, questiona- lós, também, na perspectiva da integralidade com as equipes de saúde e na busca por elementos que constituem a promoção de saúde no seu sentido mais amplo.

A saúde bucal no Brasil é composta de vários modelos assistenciais, podendo citar a Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e odontologia Integral, de acordo com Palmier, Ferreira e Mattos (2001). Tais modelos imprimiram conceitos importantes para o processo de trabalho em saúde. De acordo com estes autores, mesmo deixando marcas, houve predomínio no Brasil para a atenção ao escolar que “privilegiava o tratamento odontológico da dentição permanente dos escolares de sete a 14 anos de idade” (PALMIER, FERREIRA E MATTOS, 2001, p.7). No serviço de saúde bucal destinado aos adultos predominaram as exodontias e atendimentos de urgência.

5.1.1 Modelos assistenciais e situação de saúde bucal

Até meados da década de 80, a prática odontológica era voltado para o cuidado cirúrgico – restaurador, promovendo somente um ciclo repetitivo de tratamento sem conseguir diminuir a prevalência de carie em todo mundo (TAVARES, 2004; ELDERTON, 1997).

O modelo assistencial público, no Brasil, tem se caracterizado por uma atenção voltada para o tratamento cirúrgico - restaurador, refletindo a prática odontológica individual curativa hegemônica (CHAVES e SILVA, 2002; LOUREIRO e OLIVEIRA, 1993).

Em 1991, em Minas Gerais, se reconhece que os modelos tradicionais e, mesmo o modelo incremental, não iriam solucionar os problemas de saúde bucal se o enfoque preventivo não fosse assumido com garra e como política de saúde bucal (LOUREIRO e OLIVIERA, 1993).

O termo promoção de saúde foi usado pela primeira vez por Mark Lalonde, ministro da saúde do Canadá. Ele argumentou as principais causas de morte e doença não são causas biológicas, mas o meio ambiente e o estilo de vida (LALONDE, 1974).

Promoção de saúde enfoca os determinantes da saúde, fator sócio - econômicos e ambientais, além da saúde individual relacionada a elementos comportamentais (MOYSES e WATT, 2000; NADANOVSKY, 2000).

As políticas interssetoriais são consideradas um elemento – chave de promoção de saúde. Um setor fundamental a ser envolvido é o que cuida do tratamento da água de abastecimento publico disponibilizando a sua fluoretação.

Na mudança social se reconhece a importância de fatores sócio – econômicos e ambientais na determinação de saúde. Ela objetiva a mudança no ambiente físico, social e econômico para promover saúde e bem estar (DICKSON E ABEGG, 2000).

Os resultados dos investimentos na saúde do escolar, no entanto, não surtiram os efeitos esperados, ou seja, a garantia da saúde bucal dos adultos tratados em idade escolar. A confirmação destes resultados foi obtida por meio de levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional. O primeiro foi realizado em 1986, o segundo em 10 anos depois. No ano de 2000, iniciou-se o levantamento epidemiológico conhecido como projeto SB BRASIL – 2003, mais abrangente que os anteriores, contemplando municípios além das capitais dos estados. “Mais uma vez confirmou-se o declínio da cárie dentária em populações jovens e também a iniquidade do ser saudável ou ser doente”(BRASIL, 2001, p.8).

O declínio da cárie dentária merece, conforme descrito acima.

O declínio da cárie se manifesta em crianças e indivíduos jovens, existe no Brasil, no mundo e, é explicado cientificamente pela utilização do flúor em várias formas, a reorganização dos serviços, os novos conceitos na forma de diagnosticar a cárie dentária e as mudanças nas condições de vida das populações. Isto significa que, para observarmos o declínio da cárie dentária, estes fatores devem estar relacionados. (PALMIER, FERREIRA E MATTOS, 2010, p.16)

Dados demonstram que houve uma passagem da condição de prevalência da cárie em 1986 de 6,7 para 2003, de 2,8. De acordo com esses autores, mesmo com o declínio da cárie, ainda existe uma forte iniquidade em saúde com relação aos problemas bucais em diferentes grupos econômico-sociais. A cárie e a doença periodontal quando acompanhadas de lesões de mucosa causam dor e sofrimento para crianças, adultos e idosos, principalmente os de classe socioeconômica menos favorecida, fenômeno agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal.

Considerando os problemas com a saúde bucal, em 2003, o governo federal elaborou e aprovou as Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal. Dentro das quais implantou o programa “Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério”(BRASIL, 2006). As metas previstas foram ampliar a rede de serviços e aumentar o incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal nos municípios, visando:

[...]aexpansão do número de equipes de saúde bucal nas modalidades I e II; b)a implantação de Laboratórios de Próteses em todo o País; c)- a criação de condições para que 100% dos municípios com água tratada realizem a fluoretação; d)- a implantação dos Centros de Referência em Especialidades Odontológicas (CEO) nas áreas a serem definidas por cada região; e)- a atenção à população penitenciária; f)-o estabelecimento de incentivos diferenciados (50% a mais), para municípios localizados na Amazônia Legal, bem como os com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo de 0,7 (BRASIL, 2006, p. 1)

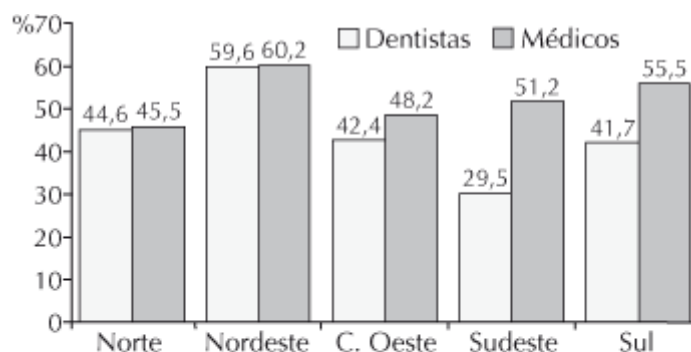
O Brasil Sorridente é basicamente a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em âmbito nacional, visando ações tanto no individual quanto no coletivo, que abrange a “promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação”. (BRASIL, 2006, p.11)

Em 2006, foi implantada a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 648 de 23 de março de 2006). A política em questão redefiniu/enfatizou as atribuições do Cirurgião-Dentista, Técnico em Saúde Bucal (antigo Técnico em Higiene Bucal - THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (antigo Auxiliar de Consultório Dentário – ACD)(BRASIL, 2006).

Assim, definiram-se as atribuições de todos esses profissionais, que são, entre outras:

[...] a)realizar o cuidado em saúde da população adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários; c) realizar ações de atenção integral; d) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e garantia de atendimento da demanda espontânea; e) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado e estabelecendo o vínculo; f) encaminhar e orientar usuários e outros níveis de assistência; g) participar das ações de planejamento e avaliação das ações da equipe; h) garantir a qualidade do registro das atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, e etc. (BRASIL, 2001, p.12).

Em 2008, o SUS contratou profissionais para a área da saúde, incluindo a saúde bucal, conforme figura 1.(¹ Ver Anexo I)



Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS, Conselho Federal de Odontologia, Conselho Federal de Medicina.

Figura. Percentagem de dentistas e médicos contratados no Sistema Único de Saúde, em relação ao total habilitado para o exercício profissional nas regiões brasileiras. Janeiro, 2008.

Conforme demonstrado na figura, o Ministério da Saúde, a partir de 2008, ampliou a oferta de profissionais para o programa específico (BRASIL, 2009).

No Cadernos de Atenção Básica – Saúde na Escola (BRASIL, 2009) são destacadas as atribuições específicas dos diversos profissionais das equipes, entre elas as do médico, enfermeiro e cirurgião dentista, especificamente no que se refere à saúde na escola. Listamos abaixo tais atribuições em caráter complementar às expostas anteriormente:

Participar ativamente do planejamento e execução do processo de avaliação nutricional nas escolas e das atividades educativas; realizar ações de promoção de saúde alimentar e trabalhos com grupos no ambiente escolar e/ou divulgar material educativo sobre obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares estilos de vida, mudanças de comportamento, entre outros; aferir dados antropométricos de peso e altura, avaliar o IMC dos escolares. Nesse processo, identificar casos de maior risco à saúde e realizar consulta clínica em ambulatório e/ou domicílios e, quando for necessário, com o apoio de outros profissionais; participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação (BRASIL, 2009, p.63)”

A amplitude das atribuições dos responsáveis pela atenção básica é perceptível. É preciso uma equipe funcional, que tenha objetivos bem definidos, metas claras, disposição, competência e planejamento coletivo. Além dos profissionais acima citados, também são envolvidos o auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Todos têm funções específicas para que a Atenção Básica – Saúde na Escola seja realmente eficaz.

Resumidamente, foram expostas as políticas públicas nacionais para a Saúde Bucal, sendo que, na atualidade está inserida no Programa Atenção Básica em Saúde da Família.

Dando seguimento as discussões, abordaremos as políticas e ações em saúde bucal, desmembrando as especificidades profissionais.

5.2 Saúde Bucal Coletiva

Inicialmente, não se usava o termo saúde bucal e sim, odontologia sanitária. Conforme Narvai, (2001), o termo saúde bucal surge em 2000, com a quarta edição do livro de Pinto com novo título: "Saúde bucal coletiva".

Na mesma época, Narvai (2001) apresentou em seus estudos, aumento da frequência da expressão saúde bucal coletiva, argumentando que à expressão saúde bucal acrescentou-se, durante os anos 80, no Brasil, o termo coletiva. Passou-se a falar, sobretudo no Estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento da saúde coletiva, em saúde bucal coletiva considerando que, além de aparecer em vários artigos e livros, uma entidade nacional – Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRASBUCA) havia sido criada em 1998 tendo saúde bucal coletiva em sua denominação oficial.

Para o mesmo autor, o termo saúde bucal coletiva deve ser amplificado para Saúde Coletiva, o que compreende também o campo da odontologia (2006). Neste sentido, o autor o incorpora e redefine-o, assim, transcendendo o termo. Advoga que a saúde bucal das populações

[...] não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais da saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação única, singular, histórica, não passível, portanto de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 18)

A ampliação do termo exige uma consideração de que a odontologia não é um processo individual e biológico apenas, mas há uma complexidade social e também cultural.

A saúde bucal envolve a qualidade de vida na sociedade e nas relações que sociais que são estabelecidas entre sujeitos e culturas, destituindo-se a ação autoritária do Estado. Neste sentido, também deve ser vista no contexto em que ocorrem diagnósticos, convergindo o tratamento e profilaxia para especificidades regionais.

E é no contexto da coletividade que discutiremos em seguida, considerando a saúde bucal na escola, ambiente coletivo e próximo à atuação dos agentes dos programas atuais de saúde coletiva.

5.3 A avaliação da saúde bucal na escola

Desde o ano de 1986, como vimos anteriormente, as políticas públicas em saúde têm perpassado a escola. A saúde bucal por sua vez é abordada á escola devido a concentração de crianças e adolescentes, assim, facilita a coleta de dados estatísticos e diagnósticos da saúde bucal.

É importante fazer a avaliação da saúde bucal porque ela “permite a identificação das necessidades dos escolares, possibilitando o planejamento de ações a serem desenvolvidas” (BRASIL,2009, p.64).

De acordo com Pinto (2000) e Vasconcelos (2001) a avaliação da saúde bucal em escolares tem sido clássica prioridade devido aos seguintes fatores:

- a) Aparecimento gradativo da dentição permanente;
- b) Menor capacidade de resistência do esmalte dos dentes ao ataque dos agentes causadores da cárie;
- c) Resultados favoráveis alcançados com a aplicação de medidas preventivas de caráter coletivo;
- d) Presença da maioria das crianças e adolescentes nas escolas de Ensino Fundamental e Médio, as quais proporcionam facilidades de atendimento e ambiente propício à absorção de novos conhecimentos, como os conteúdos de educação em saúde;
- e) Possibilidade de reforçar e repetir os conhecimentos e hábitos aprendidos, uma vez que a motivação deve ser atitude constante para que os hábitos de higiene sejam incorporados;
- f) Os profissionais da educação, em função de seus conhecimentos em técnicas metodológicas e de seu relacionamento psicológico com os escolares, podem estar envolvidos, influenciando favoravelmente na construção de hábitos de vida saudáveis.

Cabe a equipe da Saúde da Família e de Saúde Bucal avaliar e indicar tratamento clínico, que será realizado por cirurgiões-dentistas e outros profissionais da área. A tabela 1 apresentará discriminadamente as ações em saúde bucal e responsáveis dentro da Equipe de Saúde da Família.

Quando se têm bem definidas as funções de cada membro da Equipe do Programa de Atenção Básica em Saúde da Família, bem como a garantia de que as ações sejam realizadas devidamente, diagnósticas e tratamentos da saúde bucal podem ser realizados em épocas adequadas. A prevenção, com o trabalho conjunto da escola com a saúde, inserindo no currículo aspectos citados da saúde bucal é um recurso fundamental para a diminuição de problemas na idade adulta e idosa.

6 RESULTADOS

6.1 Análise dos dados

Os dados, depois de colhidos, foram organizados como mostra o Quadro 1 que demonstra por códigos a descrição dos procedimentos realizados no período que corresponde janeiro a dezembro de 2010.

Quadro 1 Descrição dos procedimentos realizados de janeiro a dezembro 2010

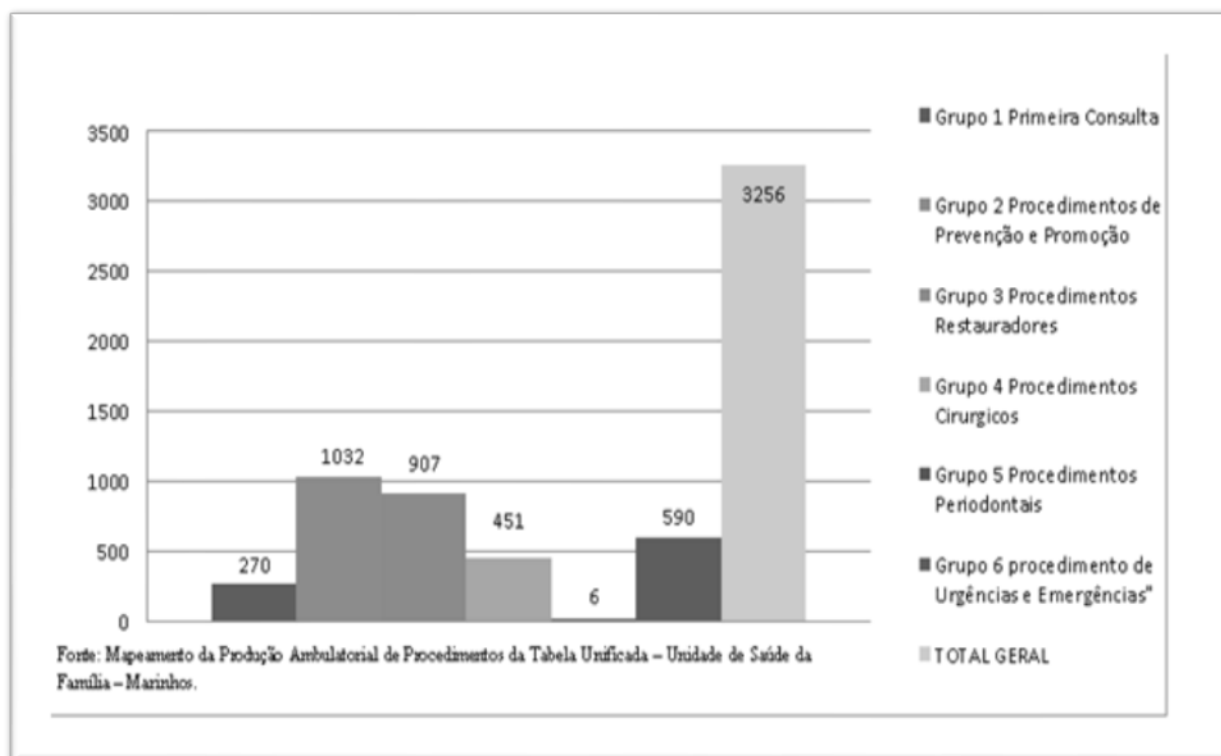
Grupos	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Nº de atendimento	AÇÕES
1	0301010153	Primeira consulta odontológica programada	270	1º Consulta
2	0101020031	Ação coletiva de escovação dental	891	Procedimentos de Prevenção e Promoção
2	0101020074	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	117	
2	0101020082	Evidenciação de placa bacteriana	17	
2	0101010010	Atividade educativa/orientação na atenção básica	7	
3	0307010015	Capeamento pulpar	159	
3	0101020090	Selamento provisório de cavidade	65	
3	0307010023	Restauração de dente decíduo	234	
3	0307010031	Restauração de dente permanente anterior	161	
3	0307010040	Restauração de dente permanente posterior	288	
4	0301100152	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	46	Procedimentos Cirúrgicos
4	0414020014	Alveolotomia/alveolectomia (por arco dentário)	1	
4	0414020073	Curetagem periapical	179	
4	0414020120	Exodontia de dente decíduo	46	
4	0414020138	Exodontia de dente permanente	178	
4	0414020219	Odontosecção/radiclectomia/tunelização	1	Procedimentos Periodontais
5	0307030016	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	6	
6	0301060037	Atendimento de urgência em atenção básica	197	Procedimentos Urgentes e Emergenciais
6	0401010031	Drenagem de abscesso	18	
6	0404020054	Drenagem de abscesso da boca e anexos	5	
6	0307020010	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	140	
6	0307020029	Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico	230	
TOTAL			3256	

Fonte: Mapeamento da Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada – Unidade de Saúde da Família – Marinhos.

De acordo com os dados apresentados, a quantidade maior de procedimentos realizados foi no grupo 2, com 1302 atendimentos. O grupo que apresentou maior número de procedimentos foi o 3, com 907, seguido do grupo 6, por 590 e do grupo 4, por 451. O grupo 1 apresentou 270 procedimentos e o grupo 5, o menor número de procedimentos, 6.

O gráfico 1 mostra os números dos procedimentos realizados por grupos, no PSF Marinhos, no ano de 2010.

Gráfico 1: Número de procedimentos separados por grupos realizados no PSF Marinhos, no ano de 2010.



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência de cáries e perda de dentes por adultos e crianças ainda, no povoado de Marinhos, município de Brumadinho, merece atenção. Muitas crianças de até oito anos de idade já sofrem com problemas dentários (cáries acompanhadas de dores e até perda de dentes).

Os adultos não se preocupam com os dentes, talvez, até porque, de acordo com relatos dos pacientes, ‘tratam em casa’ com métodos culturais, advindos ainda do quilombo. Assim, muitos procuram assistência dentária quando a situação se complica e percebem que precisam de ajuda especializada.

É importante destacar que o serviço se preocupa pouco com a prevenção, precisando rever, urgentemente, a promoção, de acordo com os dados de 2010. Entendemos que a prevenção está atrelada à promoção. Caso não se promovam ações de conscientização da prevenção, não há como ocorrer melhora na urgência, que inclusive apresenta dados extremamente elevados, considerando-se os outros itens apresentados.

A cultura de uma população, especialmente no caso desta comunidade quilombola é bastante fechada e de difícil acesso. Muitos casos poderiam ser evitados se fossem acatadas pela comunidade sugestões/ações de profissionais da saúde bucal.

Os programas governamentais abrangem a população como um todo, são bem estruturados e assistidos. Ainda se faz necessária conscientização da população. E até mesmo, sugere-se maior integração da escola com o Programa de Saúde da Família.

Merece atenção para pesquisa os métodos utilizados pela comunidade na *resolução cultural* dos problemas dentários.

Com os dados do SIAB, pude constatar a má alimentação dos dados para o próprio SIAB através dos profissionais de saúde e da equipe de informatização que não sabe a importância dos dados que digitalizam. É necessário um treinamento dos profissionais desta área.

De acordo com Nandanovsky (2000), a estratégia populacional de promoção de saúde é apropriada para lidar com problemas que estão muito espalhadas na população como é o caso da carie dentária. Como exemplo de estratégias populacionais para controlar a carie dentária, enumeram – se a mudança e a manutenção de normas sociais relacionadas ao consumo de açúcares, higiene oral e a disponibilidade de fluoretos. A estratégia populacional é direcionada a todas as pessoas incluindo indivíduos de alto, médio e baixo risco de

desenvolver doenças. A estratégia populacional tem algumas limitações porque precisa de muito tempo para mostrar resultados. Em algumas pessoas de alta susceptibilidade às doenças bucais a estratégia populacional não é suficiente. Nesses casos, exige-se uma estratégia de alto risco para complementá-la. No entanto, a atenção preventiva individualizada tem sérias desvantagens por requerer um alto nível de cooperação das pessoas e por ser cara.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Brasil Sorridente**, 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 24 série B –**Saúde na Escola**. 1 ed., Editora M.S .Impresso no Brasil / *Printed in Brazil* , Brasília D.F. , 2009Disponível em: http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/9/2/129-CAB_24_saude_na_escola.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica Nº 1–**Programa de Saúde na Família**, 1/ Ed., editora: Ministério da Saúde, Impresso no Brasil/ Printed in Brazil, Brasília DF2000.Também disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf

BRASIL 2001

BRASIL. SB 2003, Projeto: **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira**, Editora: Nescon 2002-2003 – Resultados Principais, Brasília/DF, 2005. Disponível em: [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Condicoes de saude bucal da Populacao Brasileira 2002_2003/35](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Condicoes_de_saude_bucal_da_Populacao_Brasileira_2002_2003/35)

CHAVES, S.C & SILVA, L.M.V., 2002. As praticas preventivas no controle da carie dental: uma síntese de pesquisas. Caderno de saúde publica.

DICKSON, M.; ADEGG, C. 2000. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: Promoção de saúde bucal na clinica odontológica (BUISCHI, I. P. Org.)

ELDERTON, R. J.,1997 ciclo restaurador repetitivo. In: Promoção de saúde bucal (Kriger, L). São Paulo: Artes Médicas.

Censo 2010 IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [www. ibge.gov. br/home/ estatística/ populacao/censo2010](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010)

LOUREIRO,C.A; OLIVEIRA,F.J.,1993. Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação saúde.

MINAS GERAIS, 1997. Programa de Saude da Familia; uma estratégia de mudança do modelo de saúde. Passos para implantação no município. Belo horizonte: goveno do estado de Minas Gerais/ Secretaria do estado da saúde.

MOYSES,S.J.,1997. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva In: promoção de saúde bucal (Kriger, L. Org.).

NADANOVSKY,P.2000. O declínio da carie. In. Saude bucal coletiva. (Pinto, V,G),São Paulo: Santos.

NARVAI, Paulo Carpel. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Odontol Soc. Revista de Saúde Pública** São Paulo.v.3, p.47-52, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/en_30633.pdf

NARVAI, P. C.; FRAZÃO P. Políticas de Saúde bucal no Brasil. **In: MOYSÉS, S.T.;KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J (coord). Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.** São Paulo,: Artes Médicas, 2008, 1-20

OLIVEIRA, A G.R.C. et al.1999. modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil – tendências e perspectivas. Ação coletiva,.

PALMIER, A. C.; FERREIRA e. & MATTOS, F. et. all. **Saúde Bucal aspectos básicos e atenção ao adulto.** Disponível em http://www.ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/.../saude_bucal_adulto.pdf?...1, acesso em janeiro de 2012.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva.** 4.ed.. São Paulo: UERJ, 2000.Disponível em:<http://saudebucalcoletivauerj.wordpress.com/saude-bucal-coletiva-ii/>

TAVARES, M. 2004. Pré – natal odontológico. WWW.mamybaby.com.br

VASCONCELOS, R. **Escola:** um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. PGR – Pós- Grad UFMG. R. Fac. Odontol., São José dos Campos, v. 4, MG 2001.

WERNECK,M.AF.,1994. A saude bucal no Sus:uma perspectiva de mudança. Niteroi: universidade Federal Fluminense (Tese Doutorado).

ZANETTI,C.H.G., 1993.as marcas do mal estar social no sistema nacional de saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80> Rio Janeiro: Escola Nacional de saúde Publica(Dissertação de Mestrado).

ANEXOS

Política Nacional de Atenção Básica

CAPÍTULO I

Da Atenção Básica

1 DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs. Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a

Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;

VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;

XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;

XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e17

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;

XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;

XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;

XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e

XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia,

Visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, o âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II – UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I - definição do território de atuação das UBS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

CAPÍTULO II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

- III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;
- IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;
- V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;
- VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;
- VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;
- VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;
- IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;
- X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

- I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;
- II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;
- III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo II.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes. Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

- a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e microáreas;
- b) infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
- f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;
- h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a

partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III

Do Financiamento Da Atenção Básica

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite. O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB;

Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada “FMS – nome do município – PAB” de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena – SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

- I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;
- II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;
- III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;
- IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e
- V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400. A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e,

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde.

Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados

no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs. A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade,

migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) razão entre exames citopatológicocérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Política, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

- a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) – para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;
- b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;
- c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e
- g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

- I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;
- II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;
- III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;

II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;

III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou; IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes. Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

Anexo II

As atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de acs

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas;

e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.” (NR)

III – planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

(Os itens I e II estão com nova redação, conforme Portaria Nº 1.625, de 10 de julho de 2007)

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

VIII - compete ao médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto;

IX - na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração.” (NR)

(Os itens VIII e IX foram acrescentados conforme Portaria Nº 1.625, de 10 de julho de 2007).

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e,

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.