

3ª EDIÇÃO

MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**MANUAL PARA A
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA**

**BRASÍLIA
JUNHO DE 1999**

© 1998. Ministério da Saúde

1ª edição, novembro de 1998

2ª edição, janeiro de 1999 - Revisada e Alterada

3ª edição, abril de 1999

4ª edição, junho de 1999

Tiragem: 1.500 exemplares

Edição: Secretaria de Assistência à Saúde - SAS
Ministério da Saúde

Distribuição e informação: Secretaria de Assistência à Saúde

Esplanada dos Ministérios - bloco G - 7º andar

70.058-900 - Brasília - DF

Tels: (061) 315-2627, 315-2797

Fax: (061) 226-0054

E-mail: cosac@saude.gov.br

Elaboração: Secretaria de Assistência à Saúde/MS

Secretaria de Políticas de Saúde/MS

Secretaria Executiva/MS

Fundação Nacional de Saúde/MS

Impressão e acabamento: Coordenação de Processo Gráfico-Editorial

SIA Trecho 4, lotes 540/610

71.200-040 - Brasília - DF

Tels: (061) 233-1774, 233-2020

Fax: (061) 233-9558

E-mail: cpgrafe@saude.gov.br

Impresso no Brasil

Manual para a Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência
à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999

40p.

ISBN 853340187-6

1. Gestão Municipal. 2. Sistema Único de Saúde. I. Brasil.
Ministério da Saúde

Apresentação	5
Introdução	7
O que é Atenção Básica à Saúde?	9
O Sistema Municipal de Saúde	10
Responsabilidades dos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96 no que se refere à Atenção Básica	11
1. Responsabilidades na gestão da atenção básica	12
2. Responsabilidades na atenção às pessoas	15
2.1. Ações de atenção básica dirigidas a toda população	15
2.2. Ações de atenção básica dirigidas a grupos específicos da população	17
Estratégias para operacionalização	24
Gerência do Piso de Atenção Básica	28
1. Composição do Piso de Atenção Básica - PAB	28
2. Repasse dos Recursos Financeiros e Movimentação das Contas Bancárias	28
3. Aplicação dos Recursos Financeiros - Como Utilizar os Recursos do PAB	29
4. Processamento das Informações e Pagamento aos Prestadores	30
5. Prestação de Contas dos Recursos Financeiros	31

6. Contratação das Unidades Prestadoras de Serviços	31
7. Cadastramento das Unidades Prestadoras de Serviços	32

Anexo I

Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.....	34
--	-----------

Anexo II

Indicadores para Acompanhamento da Atenção Básica em 1999 nos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96	36
--	-----------

A construção do Sistema Único de Saúde é uma tarefa compartilhada entre o governo federal, governos estaduais e municipais, com a importante participação da sociedade, por intermédio dos Conselhos de Saúde. O empenho de todos deverá garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade.

O SUS realizou, até agora, importantes avanços graças ao processo de descentralização, impulsionado, em 1998, pela implantação do Piso de Atenção Básica – PAB. Esse Piso garante a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população. Tal sistemática permite a transferência regular e automática de recursos federais para a atenção básica, diretamente do Ministério da Saúde para os Municípios, permitindo que o gestor municipal possa assumir as responsabilidades que lhe competem. A grande maioria dos municípios brasileiros já está recebendo recursos financeiros através dessa modalidade de transferência.

A prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde tome-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência.

O Ministério da Saúde convida todas as pessoas comprometidas com a consolidação do SUS para um esforço conjunto, capaz de fazer com que os avanços já obtidos beneficiem a população, mediante serviços acessíveis, resolutivos e humanizados.

JOSÉ SERRA

INTRODUÇÃO

O Manual para a Organização da Atenção Básica objetiva regular, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a atenção básica à saúde e apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção, de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96. Foi elaborado com a contribuição dos diversos setores do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Ele apresenta:

- a conceituação da atenção básica;
- as responsabilidades dos municípios, enquanto gestores desse tipo de atenção;
- um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados, que traduzem as responsabilidades descritas;
- orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compõem o Piso de Atenção Básica – PAB.

Este Manual, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, encontra-se no momento em sua 2ª edição, que contém significativas alterações, se comparada à primeira, distribuída em Goiânia/GO durante o 14º Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado de 15 a 17 de novembro de 1998.

Essas modificações foram mais expressivas nos indicadores selecionados para acompanhamento da Atenção Básica durante o ano de 1999, nos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96. Isso porque na primeira edição não foram publicados alguns indicadores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite.

Com o objetivo de facilitar o processo de disseminação da nova versão do Manual de Atenção Básica, o Ministério da Saúde optou por republicar a Portaria acima citada. Ela se encontra anexa a este documento.

É importante ressaltar que as responsabilidades dos municípios com a Atenção Básica crescem progressivamente, à medida em que adquirem condições e capacidade para ampliar suas atribuições e assumir a implementação de novas ações e atividades.

As responsabilidades municipais nas áreas de zoonoses, endemias e medicamentos não estão, no momento, definidas, uma vez que o repasse de recursos Fundo a Fundo referente à execução dessas atividades ainda não foi regulamentado. Futuramente serão objeto de pactuação e publicadas em complementação a este Manual.

É importante enfatizar, ainda, que o Piso de Atenção Básica – PAB se constitui em um valor *per capita* repassado pelo governo federal aos municípios, que, somado

às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a Atenção Básica à Saúde, de acordo com os conceitos descritos neste Manual, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997.

O QUE É ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE?

ATENÇÃO BÁSICA é 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. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso de Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

A organização da Atenção Básica, com base na Lei nº 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

- **Saúde como direito** – a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.
- **Integralidade da assistência** – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- **Universalidade** – acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- **Eqüidade** – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.
- **Resolutividade** – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.
- **Intersetorialidade** – desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.
- **Humanização do atendimento** - responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.
- **Participação** – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para a viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996.

A Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/96, cuja elaboração é fruto de um amplo processo democrático que possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade, em especial dos gestores das três esferas de governo e do Conselho Nacional de Saúde, é decorrente da experiência obtida com a aplicação da NOB/93, que possibilitou o fortalecimento do SUS ao impulsionar significativamente o processo de descentralização no país.

Como instrumento de regulação do SUS, essa NOB, além de incluir orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção no Brasil.

Desta forma, de acordo com a NOB-SUS 01/96, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo os sistemas municipais de saúde – voltados ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Estabelece, ainda, que as ações desse sistema municipal “têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral” e que “a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território”.

Referindo-se ao processo de gestão, a NOB-SUS 01/96 define que “a realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão”.

A NOB refere-se, ainda, às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser “transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários - as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais”. O novo modelo requer, portanto, de um lado, “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde

(restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde".

Assim, os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social – que norteiam o Sistema Único de Saúde.

RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB-SUS 01/96 NO QUE SE REFERE À ATENÇÃO BÁSICA

A Constituição Federal atribui aos prefeitos municipais responsabilidades sobre ações e serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade permite-lhes identificar as reais necessidades de saúde da população.

A NOB-SUS 01/96 reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município).

A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde insere-se o conjunto de ações que caracterizam a ATENÇÃO BÁSICA.

Essa responsabilidade pressupõe mudanças na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com a criação de vínculos entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas e na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades.

Com o objetivo de melhor definir as responsabilidades com a atenção básica e de permitir o acompanhamento da descentralização trazida pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96, está apresentado neste documento um detalhamento das atribuições e ações que gradativamente deverão ser realizadas pelos municípios. É importante ressaltar que essa divisão é apenas didática e que não deve ter caráter restritivo ou normativo quanto à sua operacionalização por parte dos municípios.

Para facilitar a compreensão, as responsabilidades encontram-se definidas em dois blocos - gestão do Sistema Municipal e atenção às pessoas - representados nos quadros a seguir:

1. RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas as responsabilidades dos municípios habilitados pela NOB/96 na gestão da atenção básica. Essas responsabilidades são operacionalizadas mediante ações que estão apresentadas na segunda coluna do mesmo quadro.

Na terceira coluna são registrados alguns instrumentos que poderão contribuir

Responsabilidades	Ações	Instrumentos de gestão
1. Desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer como se distribui a população em seu território e as causas mais freqüentes de adoecimento e morte de seus municípes. - Realizar o cadastramento de todas as unidades públicas e privadas ambulatoriais sob gestão do município. - Cadastrar estabelecimentos sujeitos à fiscalização da vigilância sanitária. - Elaborar o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 1999/2002, com atualização permanente. - Estabelecer referência e contra-referência de pacientes para os serviços de maior complexidade. - Desenvolver rotinas, fluxos e instrumentos de garantia de acesso da população a outros níveis de atenção. - Elaborar a Programação Anual do município e participar da elaboração da PPI estadual. - Elaborar o relatório anual de gestão. - Avaliar permanentemente o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde em seus municípes e sobre seu meio ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - SIH/SUS. - SIM. - Cadastro do SIA/SUS. - Cadastro de estabelecimentos. - Plano Municipal de Saúde. - Programação anual do município aprovada no Conselho Municipal de Saúde/CMS. - Relatório de gestão aprovado no CMS. - Indicadores de acompanhamento definidos.
2. Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenar as unidades básicas próprias e cedidas pelo Estado e pela União. - Estabelecer mecanismos de gestão das unidades estatais, conveniadas e contratadas, que se encontram sob responsabilidade municipal. 	- SIA/SUS.

	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciar as unidades próprias e cedidas, no que diz respeito ao planejamento, execução, controle e avaliação, provendo as mesmas de recursos humanos e materiais. - Adscriver a clientela às unidades básicas, mediante o cadastramento da população. - Implantar o Cartão SUS em parceria com as outras esferas de governo. - Alimentar mensalmente os seguintes Sistemas Nacionais de Informações: SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistema de Informações Hospitalares. - Alimentar mensalmente o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, em municípios que estejam integrados à estratégia de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde. - Alimentar mensalmente o SIA/SUS, quanto aos procedimentos cobertos pelo PAB. - Manter atualizado o Cadastro Ambulatorial da rede sob gestão municipal – Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA. - Manter cadastro de estabelecimentos passíveis de ações de fiscalização de vigilância sanitária. - Operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mapas das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). - SIM, SINASC, SINAN, SISVAN, SIA/SUS e SIH/SUS. - SIAB/SUS. - SIA/SUS. - SIA/SUS. - Cadastro de estabelecimentos. - Instrumentos contábeis do Fundo Municipal de Saúde.
<p>3. Desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar rotinas, normas e fluxos de controle e de avaliação. - Contratar, controlar, auditar e pagar os prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB contidos na tabela do SIA/SUS. - Utilizar indicadores para avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotinas e normas do controle e avaliação. - Contratos de prestação de serviços assistenciais. - Indicadores definidos.

<p>4. Desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar o serviço de vigilância sanitária. - Promover planejamento de ações de inspeção preventiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Legislação municipal para funcionamento da vigilância sanitária. - Plano de Ação da Vigilância Sanitária.
<p>5. Administração e desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar as equipes para o desenvolvimento das ações de atenção básica. - Manter atividades de educação continuada. - Promover a participação das equipes no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades de saúde nas UBS e no sistema municipal. - Recrutar, selecionar, contratar e administrar os recursos humanos sob sua gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de treinamento e capacitação de recursos humanos para a Atenção Básica. - Processo de seleção, contratação e remuneração dos profissionais definidos.
<p>6. Fortalecimento do controle social no município.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar e implementar o CMS, garantindo condições para o seu funcionamento. - Promover a participação do CMS no processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações dos serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resoluções do CMS. - Conferências Municipais de Saúde. - Atas do CMS.

2. RESPONSABILIDADES NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS

Este bloco refere-se às responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema.

Este bloco é apresentado em dois quadros, o primeiro refere-se às ações de atenção básica que são dirigidas a toda população e o segundo refere-se às ações de atenção básica voltadas a grupos específicos da população.

2.1. AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA DIRIGIDAS A TODA POPULAÇÃO

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas responsabilidades com relação à atenção básica, cujas ações são apresentadas na segunda coluna. Na terceira coluna estão apresentados alguns objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios, com o desenvolvimento dessas ações.

Responsabilidades	Ações	Objetivos
1. 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.	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas seqüelas, através da mídia e/ou de eventos e palestras. - Divulgação de informações e orientações educativas para pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e na adolescência. - Divulgação de informações e orientações educativas para prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas e prevenção de câncer de colo uterino e de mama. - Divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando a redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização e mobilização da comunidade para o exercício de seu papel como colaboradora nas ações de melhoria da saúde. - Redução da morbimortalidade por agravos externos e violência. - Redução da incidência de gravidez, de DST/AIDS e do uso de drogas na adolescência e identificação precoce de câncer de colo uterino e de mama. - Redução dos índices de morbimortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação de informações e de orientações educativas em saúde bucal. - Desenvolvimento de atividades de comunicação e educação em vigilância sanitária, visando maior participação da sociedade na defesa e na melhoria da qualidade de vida e o controle social. - Desenvolvimento de parceria com a sociedade no controle da qualidade do meio ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da cárie dental de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde. - Controle social mais efetivo com relação à defesa da qualidade de vida. - Efetivação de parcerias com a sociedade e democratização do conhecimento sobre a saúde.
<p>2. Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e os fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de depósito de água destampado. - Controle de populações animais (insetos, ratos e outros roedores, cachorros etc.) que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças que acometem o homem. - Identificação dos grupos de risco que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução das taxas da morbi-mortalidade. - Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e de grupos populacionais.
<p>3. Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico e coleta de material para exames, bem como seu envio a laboratórios de referência. - Identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados. - Execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for o caso. - Identificação de fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado e coleta de material para envio a laboratórios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle das doenças de notificação compulsória.

<p>4. Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e de serviços, em especial a de alimentos e de serviços de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeção sanitária em estabelecimentos que lidam com a produção e/ou comercialização de bens e de prestação de serviço de interesse da saúde. - Coleta de amostras de água para diálise e de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria dos serviços prestados e dos produtos oferecidos pelos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. - Diminuição dos erros e das falhas na prestação dos serviços e na qualidade dos produtos, pelos estabelecimentos. - Redução das situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.
<p>5. Desenvolvimento de ações de controle da qualidade da água para consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coleta de amostra da água para consumo humano. - Parceria com outros órgãos do governo para interferir nos fatores que comprometem a qualidade da água. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da qualidade da água, reduzindo os riscos da utilização da água imprópria para uso.
<p>6. Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde.

2.2 AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA DIRIGIDAS A GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Na primeira coluna do quadro a seguir, estão relacionadas as ações dirigidas a grupos específicos da população, na gestão da atenção básica.

Na coluna seguinte, está descrito o impacto esperado com o desenvolvimento dessas ações.

Na terceira coluna, são apresentados indicadores que poderão ser utilizados, pelos estados e municípios no acompanhamento das ações desenvolvidas. A utilização de alguns depende de dados dos sistemas de informações municipais ou estaduais, que não estão, ainda, disponibilizados nos atuais sistemas nacionais.

A última coluna contém as fórmulas para cálculo de cada indicador.

Ações	Impacto esperado	Indicadores	Cálculo
1. Incentivo ao aleitamento materno.	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da desnutrição e das doenças infecciosas. - Redução das internações hospitalares no primeiro ano de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo. - Percentual de internações hospitalares de crianças menores de 1 ano, residentes no município. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo/população menor de 4 meses x 100. - Número de internações de crianças menores de 1 ano, residentes no município/número total de crianças menores de 1 ano x 100.
2. Combate às doenças preveníveis por imunização, incluindo a vacinação anti-pneumocócica e influenza.	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano. - Definição de indicadores conforme a realidade epidemiológica de cada região, como por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> •Número de hospitalizações por tétano neonatal, por local de residência. •Número de hospitalizações por difteria, por local de residência. •Incidência de casos de sarampo confirmados. •Número de hospitalizações por coqueluche, por local de residência. •Número de hospitalizações por tétano acidental, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de crianças menores de 1 ano, vacinadas com número total de doses preconizadas/população de crianças menores de 1 ano x 100. - Número de casos confirmados de sarampo no município/população residente no município x 1.000.

<p>3. Combate às carências nutricionais, prioritariamente na faixa etária de 0 a 5 anos e maior de 60 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Redução dos índices de desnutrição global e de desnutrição por micronutrientes, especialmente Ferro e Vitamina A. – Redução da morbimortalidade por doenças associadas à desnutrição, obesidade e desnutrição por micronutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevalência de desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência. – Prevalência de desnutrição em maiores de 60 anos, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> – Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança/população de 0 a 5 anos x 100. – Número de hospitalizações de crianças residentes menores de 5 anos/população menor de 5 anos residente no município x 10.000 – Número de hospitalizações de adultos residentes com mais de 60 anos/população residente da mesma faixa etária x 10.000.
<p>4. Controle das infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos e maior de 60 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Redução da morbimortalidade por doenças respiratórias agudas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Coeficiente de hospitalização por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência. – Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos com mais de 60 anos, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> – Número de internações de crianças menores de 5 anos por IRA/população de menores de 5 anos X 1.000. – Número de internações de pessoas maiores de 60 anos por doenças respiratórias aguda/população de maiores de 60 anos x 1.000.

<p>5. Controle de doenças diarreicas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da morbi-mortalidade por doenças infecciosas intestinais. - Redução da desnutrição infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coeficiente de óbito de menores de 1 ano por diarreia. - Percentual de internação de crianças menores de 5 anos, por desidratação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100. - Número de internações por desidratação de crianças menores de 5 anos, residentes no município/população da mesma faixa etária, residente no município x 100.
<p>6. Controle do crescimento e do desenvolvimento, prioritariamente na faixa etária de 0 a 14 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde infantil e da participação das famílias nos cuidados com as crianças. - Redução de distúrbios relativos ao crescimento e ao desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência da desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança/população de 0 a 5 anos x 100.
<p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene bucal supervisionada, na população de 0 a 4 anos. • Higiene bucal supervisionada, com evidência de placa bacteriana e bochechos fluorados, prioritariamente na população de 5 a 14 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da incidência da cárie dental e da doença periodontal, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde em relação a cada faixa etária populacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos Coletivos - Número de crianças de 0 a 4 anos atendidas/população total de crianças de 0 a 4 anos x 100. - Procedimentos Coletivos - Número de crianças de 5 a 14 anos atendidas/população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.

<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos cirúrgicos e restauradores, prioritariamente na população de 5 a 14 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cobertura de procedimentos odontológicos curativos na população de 5 a 14 anos. 		<ul style="list-style-type: none"> – Procedimentos individuais – número de primeiras consultas em crianças de 5 a 14 anos/população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.
<p>8. Controle do pré-natal e puerpério.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Diminuição da morbimortalidade na gravidez, parto e puerpério. – Diminuição da morbimortalidade materna. – Diminuição da morbimortalidade infantil. – Redução da prevalência de baixo peso ao nascer. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cobertura de consultas de pré-natal e puerpério de residentes no município. – Coeficiente de óbito de mulheres de 10 a 49 anos. – Percentual de recém-nascidos com peso menor que 2500g. 	<ul style="list-style-type: none"> – Número de consultas de pré-natal e de puerpério/número de partos no mesmo período. – Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos/total de óbitos x 100. – Número de recém-nascidos com peso menor que 2500g/número de nascidos vivos pesados x 100.
<p>9. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Diminuição da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama em mulheres de 15 a 59 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Coeficiente de coleta de exames de Papanicolau realizada em mulheres (15 a 59 anos). 	<ul style="list-style-type: none"> – Número de coletas de exames de Papanicolau realizadas (em mulheres entre 15 e 59 anos)/população de mulheres entre 15 e 59 anos x 10.000.
<p>10. Planejamento familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Redução da incidência de gravidez indesejada e de risco nas adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Coeficiente de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos), por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> – Número de internações de mulheres de 10 a 19 anos por aborto (curetagem) e parto/população feminina de 10 a 19 anos x 100.

<p>11. Assistência básica aos acidentados e portadores de doenças do trabalho e notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho.</p>	<p>– Redução da morbi-mortalidade por acidentes e doenças do trabalho.</p>	<p>– Taxa de mortalidade por agravos externos.</p> <p>– Coeficiente de internações por acidente de trabalho e doenças do trabalho.</p> <p>– Número de óbitos por acidente de trabalho.</p>	<p>– Número de internações por acidentes e doenças do trabalho/população economicamente ativa.</p>
<p>12. Controle e tratamento dos casos de hanseníase e tuberculose.</p>	<p>– Redução da morbi-mortalidade por tuberculose e hanseníase.</p>	<p>– Percentual de cura dos pacientes de hanseníase, por local de residência.</p> <p>– Percentual de cura de pacientes de tuberculose, por local de residência.</p>	<p>– Número de casos PB e MB curados com PQT até 31-12/total de casos PB e MB detectados no ano do coorte, que iniciaram tratamento PQT x 100.</p> <p>– Número de pacientes curados do Programa de Tuberculose/número de pessoas cadastradas no Programa x 100.</p>
<p>13. Controle e tratamento de hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i>.</p>	<p>– Redução da morbi-mortalidade por hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e suas complicações.</p>	<p>– Coeficiente de hospitalização por complicações de diabetes <i>mellitus</i>, por local de residência.</p> <p>– Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto, por local de residência.</p>	<p>– Número de internações por diabetes <i>mellitus</i> da população residente/total da população residente x 1.000.</p> <p>– Número de internações por acidente vascular, cerebral e infarto na população residente/total da população residente no município x 1.000.</p>

14. Ações de controle de obesidade.	– Redução da morbi-mortalidade associada à obesidade.		
15. Prevenção de acidentes por quedas, prioritariamente na população maior de 60 anos.	– Redução da morbi-mortalidade por fraturas.	– Coeficiente de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos.	– Número de casos de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos residentes/população maior de 60 anos residente x 1.000.
16. Incentivo aos grupos de auto-ajuda, prioritariamente na população maior de 60 anos.	– Redução das internações por depressão.	– Coeficiente de internação por depressão em faixa etária maior de 60 anos.	– Número total de internações por todos os tipos de depressão/ população de maiores de 60 anos x 1.000.

ESTRATÉGIAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO

Para a organização e desenvolvimento da atenção básica, devem ser seguidas as diretrizes do SUS, com implantação de estratégias que reorientem o modelo de atenção à saúde e sejam adequadas às realidades locais e municipais.

Entre as várias existentes, a estratégia de **Saúde da Família** tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, o que faz com que sua disseminação seja considerada prioridade para o Ministério da Saúde.

A estratégia de Saúde da Família, iniciada com a incorporação de agentes comunitários de saúde às unidades básicas de saúde, contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. As Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

A reorganização da atenção básica deve contribuir, ainda, para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência, com a implantação de um novo modelo de atenção.

INSTRUMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA A REORGANIZAÇÃO GERENCIAL E OPERACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

1. Cadastramento e Implantação do Cartão SUS

O **cadastro** permite a identificação de indivíduos ou famílias, o conhecimento das condições de moradia, de saneamento e condições ambientais das áreas onde as pessoas residem, assim como outras informações de interesse do município. Para possibilitar essa amplitude de informações, recomenda-se a realização do cadastramento domiciliar de forma ativa, ou seja, através de visitas a cada domicílio.

Por meio do cadastro, pode-se iniciar o vínculo entre o sistema de saúde e os seus profissionais com a comunidade, tanto no sentido do conhecimento mútuo entre as pessoas, como no sentido da informação à população sobre a oferta de serviços. É o início do estabelecimento da relação de compromisso e de responsabilização entre serviços e população.

O cadastro deve ser atualizado periodicamente para que possa se constituir em um instrumento eficaz de identificação das situações e/ou problemas que exijam atenção especial dos serviços de saúde, permitindo que o município eleja prioridades e obtenha melhores resultados com os recursos aplicados.

O CARTÃO SUS MUNICIPAL foi instituído pela NOB/96 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.094, em 26 de fevereiro de 1998. Encontra-se em fase de implantação, com o objetivo de contribuir para a organização dos serviços de saúde nos municípios, estados e no âmbito nacional.

Os cartões SUS, que serão emitidos pelas secretarias municipais de saúde para seus usuários, deverão ser viabilizados a partir do **cadastramento** de sua população.

Nos municípios onde o cadastramento de indivíduos ou famílias já vem sendo realizado, o cartão SUS potencializa sua função porque, além da identificação das pessoas e da contribuição para a criação de vínculo de responsabilização entre os serviços de saúde e o cidadão, o cartão:

- auxilia nos mecanismos de referência e contra-referência intra e intermunicipal de pacientes;
- facilita o acompanhamento e atualização permanente da Programação Pactuada e Integrada – PPI;
- facilita a compensação financeira intermunicipal e interestadual;
- contribui para a uniformização e compatibilização dos dados, de forma a consolidar os sistemas de informação em saúde nos municípios, estados e união;
- identifica pacientes cobertos por planos e seguros privados de saúde atendidos pelo SUS;
- permite identificar a cobertura real dos serviços;
- permite a agilização do encaminhamento para exames, consultas, etc.

Nos municípios onde a prática do cadastramento de indivíduos ou famílias não é adotada, a implantação do Cartão SUS deve provocar essa atividade, o que deverá ser realizado a partir de cadastramentos municipais, cuja operacionalização será definida pelo próprio município.

Os cartões devem conter uma relação mínima de informações e um padrão básico, que serão obrigatórios em âmbito nacional, podendo o município acrescentar outras informações de seu interesse.

O DATASUS fornecerá o aplicativo para o cadastro municipal e componentes que podem ser usados no desenvolvimento de "software" para o cadastramento. Esse aplicativo tem como alvo os municípios que não têm recursos para desenvolver um programa personalizado ou que entenderem que os dados básicos do formulário e as funções do aplicativo atendem às suas necessidades de informação do cadastro nacional.

Os dados enviados pelo município formarão um CADASTRO NACIONAL DE USUÁRIOS (baseado no número do PIS), que concentrará informações do registro de todos os cartões SUS emitidos e válidos no país. O Cadastro Nacional,

portanto, será capaz de fornecer aos cadastros municipais a identificação de pacientes oriundos de outros municípios, bem como de possibilitar o controle para que uma pessoa não possua mais de um cartão SUS válido no mesmo município.

O êxito da implantação do Cartão SUS está ligado à utilidade que ele representará para os diferentes segmentos do sistema de saúde.

Para os gestores, significará uma importante contribuição no ordenamento do sistema, influenciando tanto nos processos de auditoria, como na vigilância epidemiológica, constituindo-se num instrumento eficaz de análise para tomada de decisão.

No âmbito das equipes locais, contribuirá no processo de gerenciamento das unidades de saúde e na simplificação de procedimentos burocráticos administrativos, através da rápida identificação dos usuários mediante leitura magnética do cartão individual, da emissão automática de etiquetas identificadoras para os documentos de uso interno, para a solicitação de exames, controle de resultados, entre outros usos.

Para os usuários, a importância do cartão estará representada na identificação da unidade de saúde de sua referência e na agilidade dos processos administrativos durante o atendimento nos serviços de saúde, uma vez que passa a existir um código de identificação único para todos os serviços de saúde em qualquer lugar do país.

Um aspecto de fundamental importância na implantação do Cartão SUS é a possibilidade futura de possuir, em meio magnético, as informações relativas aos atendimentos e serviços prestados a cada indivíduo.

2. Adscrição da clientela

Uma unidade básica de saúde deve ser responsável por um número compatível de pessoas que residam na área próxima, de forma que seja possível desenvolver a atenção integral a todos os indivíduos e facilitar o acesso ao serviço.

Portanto, as unidades de saúde devem trabalhar com definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, que será cadastrada e vinculada à unidade.

3. Referência para a assistência de média e alta complexidade

A rede de atenção básica pode resolver em torno de 85% das demandas de saúde de uma comunidade. No entanto, para que ela seja efetiva é preciso garantir o acesso da população aos serviços de maior complexidade.

A organização da referência dos pacientes faz parte da organização de um sistema municipal de saúde e requer normas, rotinas e fluxos definidos e pactuados entre os gestores.

4. Acompanhamento e Avaliação

A incorporação de mecanismos que permitam acompanhar permanentemente as ações e atividades dos serviços de saúde e avaliar o seu impacto sobre as condições de saúde da população deve ser assumida como responsabilidade e atribuição de todas as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde.

A estruturação desses mecanismos deve utilizar, como ponto de referência, os sistemas de informação existentes: SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais; SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares; SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade; SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação; SISVAN - Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional, incluindo-se o SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica, nas áreas onde as estratégias de agentes comunitários ou saúde da família foram adotadas. Outros instrumentos desenvolvidos em âmbito estadual ou municipal deverão, também, ser utilizados.

O incentivo e a indução à realização de pesquisas aplicadas são outros elementos que podem contribuir para o processo da avaliação.

Este documento propõe, como instrumento para acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos através da implementação das ações relativas à Atenção Básica, um conjunto de indicadores.

Os indicadores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite para acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados na NOB/SUS 01-96, para o ano de 1999, foram publicados no Anexo II da Portaria que aprova este manual (veja página 34).

Anualmente, a seleção de indicadores para acompanhamento da atenção básica, nos municípios habilitados com base na NOB-SUS 01/96, será pactuada e aprovada na CIT e publicada pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União.

GERÊNCIA DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

1. COMPOSIÇÃO DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA – PAB

O Piso da Atenção Básica – PAB é um valor *per capita*, que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios deverá financiar a atenção básica à saúde, de acordo com os conceitos acima descritos, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS nº1882, de 18/12/97.

O PAB é composto de uma **parte fixa** destinada à assistência básica e de uma **parte variável** relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações estratégicas da própria atenção básica.

A parte variável do PAB implantada em 1998 destina-se a incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais.

O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária consiste no montante de recursos financeiros destinado ao incremento de ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária.

O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais consiste no montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação voltadas a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno-infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional mediante:

- I - orientação alimentar e nutricional;
- II - aquisição de alimentos, complementos vitamínicos e minerais;
- III - monitoramento das condições nutricionais.

2. REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS E MOVIMENTAÇÃO DAS CONTAS BANCÁRIAS

O repasse dos recursos financeiros aos municípios habilitados é efetuado pelo Banco do Brasil, na mesma agência onde o município recebe os recursos do Fundo de Participação dos Municípios - FPM. O Banco do Brasil é a única instituição financeira para efetivação dos repasses desses recursos.

Os municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica recebem os recursos do PAB em conta específica aberta automaticamente para essa finalidade, denominada: " FMS - nome do município – PAB".

Aos municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal são efetuados repasses em duas contas abertas automaticamente pelo Banco do Brasil: os recursos do PAB são depositados em conta específica aberta para essa finalidade, denominada: "FMS - nome do município – PAB"; e os outros recursos destinados à média e alta complexidade ambulatorial/MAC e a internações hospitalares/AIH são depositados na outra conta denominada: "FMS - nome do município – MAC + AIH", com o objetivo de facilitar o processo de controle e acompanhamento dos Conselhos de Saúde no âmbito dos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Os municípios têm autonomia para transferir os recursos financeiros recebidos nas contas específicas e realizar a sua movimentação em outra conta do Fundo Municipal de Saúde. Nesses casos, a prestação de contas será feita levando-se em consideração o total de recursos movimentados nessa última conta, respeitado o que estabelece a lei de criação do Fundo Municipal de Saúde.

Em caso de inexistência de agência do Banco do Brasil no próprio município, a prefeitura municipal poderá transferir os recursos da agência do Banco do Brasil onde são depositados para outra instituição financeira existente em seu próprio território.

Os recursos financeiros da parte variável do PAB serão creditados na mesma conta dos recursos da parte fixa do PAB, denominada: "FMS - nome do município – PAB".

A Lei nº 8.142/90 estabelece que, para receberem os recursos para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, seus gestores deverão contar com "contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento". O total dessa contrapartida de recursos financeiros dos orçamentos municipais e estaduais para a área da saúde deverá ser depositado nos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, de sorte que o Balanço Anual de cada Fundo possa refletir toda a aplicação em saúde, da respectiva esfera de governo.

Conforme a Portaria GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998, o Banco do Brasil enviará aviso de crédito das transferências fundo a fundo ao Secretário de Saúde, Fundo de Saúde, Conselho de Saúde e Poder Legislativo dos respectivos níveis de governo.

3. APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS - COMO UTILIZAR OS RECURSOS DO PAB

Os recursos transferidos da União para Estados, Municípios e Distrito Federal, como também os provenientes de faturamento de serviços produzidos pelas Unidades Assistenciais Públicas, deverão ser identificados nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde como receita operacional proveniente da esfera federal e utilizados na execução de ações de saúde previstas em seus respectivos Planos de Saúde.

Os recursos financeiros do PAB deverão ser utilizados apenas em despesas de custeio e capital relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da atenção básica e coerentes com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde, que é a base das atividades e programações desse nível de direção do SUS, inclusive dos programas especiais, para os quais podem ser firmados convênios com entidades filantrópicas, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no Plano, e de acordo com as seguintes orientações:

I – Todas as despesas de custeio da Atenção Básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- pagamento de servidores inativos;
- pagamento de gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às unidades de atenção básica;
- pagamento de assessorias / consultorias prestadas por servidor público, quando pertencente ao quadro permanente dos próprios municípios;
- transferência de recursos na forma de contribuições, auxílios ou subvenções a instituições privadas, inclusive as filantrópicas.

II – Todas as despesas de capital relacionadas à rede básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- a aquisição e reforma de imóveis não destinados à prestação direta de serviços de saúde à população;
- a aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo veículos de qualquer natureza, não destinados à realização de ações de atenção básica.

III – As despesas decorrentes de ações de saúde de média e alta complexidade e de assistência hospitalar não devem ser realizadas com recursos do PAB.

IV – As ações de saneamento, que venham ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros, da União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme o parágrafo 3º, do Artigo 31, da Lei nº 8080/90.

V – Os recursos do PAB não devem substituir as fontes de recursos próprios do orçamento do município.

4. PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES E PAGAMENTO AOS PRESTADORES

Os municípios deverão remeter em disquete o processamento do PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. Essa, por sua vez, enviará as informações ao DATASUS, observando o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Municípios que efetuarem pagamento por meio eletrônico: as informações de pagamento aos prestadores da Assistência Básica devem ser enviadas em disquetes à agência do Banco do Brasil onde foi depositado o recurso, logo após o repasse efetuado pelo Ministério da Saúde. O Banco do Brasil está oferecendo, para os municípios interessados, serviço de pagamento automático aos prestadores.

Os municípios que não realizarem o pagamento por meio eletrônico deverão utilizar os procedimentos administrativos e contábeis legais, de acordo com a sua realidade (relação bancária, cheque nominal aos prestadores, entre outros).

5. PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS RECURSOS FINANCEIROS

De acordo com o Art. 6º, do Decreto nº 1651/95, 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 1232/94, 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, se for o caso, à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta do Fundo deverá ser efetuada mediante a apresentação de extratos bancários e de sua respectiva conciliação bancária, seja na Prestação de Contas ou quando solicitada pelos órgãos de controle.

É importante salientar que o Artigo 6º, da Portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/97, estabelece que a transferência dos recursos do PAB será suspensa caso os municípios, por dois meses consecutivos, deixem de fornecer à Secretaria de Estado da Saúde, para que essas enviem ao Ministério da Saúde as informações dos bancos de dados nacionais a seguir:

- I – Sistema de Informação sobre Mortalidade – **SIM**
- II – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – **SINASC**
- III – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – **SISVAN**
- IV – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – **SINAN**
- V – outros que venham a ser implantados.

O mesmo se aplica à falta de alimentação dos dados relativos ao Sistema de Informação Ambulatorial – **SIA/SUS**.

A Portaria GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, no seu Art. 12, estabelece que a transferência dos recursos relativos aos **incentivos PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde e PSF – Programa de Saúde da Família** será suspensa caso os municípios, por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados, deixem de alimentar o **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Os municípios que venham a implantar esses programas terão três meses, após a sua qualificação, para cumprir essa exigência.

6. CONTRATAÇÃO DAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS

Toda unidade de saúde privada - filantrópica ou lucrativa - que prestar serviços ao SUS, de forma complementar, necessita de um contrato em vigência. O estabelecimento desse contrato deve ser precedido de processo licitatório, de acordo com a Lei nº 8666/93, a Instrução Normativa da Secretaria do Tesouro

Nacional e a Portaria GAB/MS nº 1286, de 26 de outubro de 1993, que dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias aos contratos de prestação de serviços celebrados entre estado, Distrito Federal, município e pessoas físicas e jurídicas, complementarmente ao Sistema Único de Saúde. A contratação precede ao cadastramento dessas unidades.

As unidades públicas não necessitam de contratos. Quando um gestor municipal não tiver condições de oferecer, em seu município, todas as ações e serviços previstos no PAB, poderá comprar serviços em municípios vizinhos, mediante celebração de termo de compromisso entre gestores.

Quando houver no município uma unidade pública que realize procedimentos de atenção básica e que esteja sob a gerência de outra esfera de governo, deverá ser feito um convênio entre o município e aquele gestor.

Uma unidade privada – filantrópica ou lucrativa - localizada em um município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e que preste serviços básicos e especializados (média e alta complexidade), deverá firmar um contrato com o município para prestação dos serviços básicos (quem paga é o município) e um segundo contrato com o gestor estadual, que é quem contrata e paga os serviços especializados.

Os municípios habilitados deverão avaliar os contratos celebrados entre o gestor estadual e os prestadores de serviços localizados no seu território e verificar a necessidade de manter ou alterar os serviços prestados na Assistência Básica.

7. CADASTRAMENTO DAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS

O cadastramento é o ato de inclusão de uma unidade de saúde no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS. É precedido do Alvará Sanitário, emitido pós-vistoria e em conformidade com ela. Sem o cadastro não é possível o processamento de sua produção. As unidades públicas são cadastradas de imediato, enquanto as unidades privadas, filantrópicas ou lucrativas necessitam assinar um convênio ou contrato, respectivamente, com o gestor, para a prestação dos serviços.

Para o cadastramento de uma unidade nova, seja pelo gestor estadual ou municipal, é necessário que a SES estabeleça para ela um **“Código de Unidade”**, visto que esses códigos são de abrangência estadual.

Uma Unidade Prestadora de Serviço pública, filantrópica ou lucrativa, localizada em um município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e que execute serviços básicos e especializados, terá dois cadastros idênticos: um deles junto ao gestor municipal, que processará e pagará os serviços básicos, e o outro junto ao gestor estadual, que processará e pagará os serviços especializados.

A alteração/manutenção do cadastro das unidades que prestam serviços básicos de saúde, localizadas em municípios habilitados nos termos da NOB SUS 01/96, deverá ser realizada pelo gestor municipal, não dependendo da aprovação da Secretaria Estadual de Saúde. É, entretanto, necessário comunicar à Secretaria Estadual de Saúde as alterações e/ou inclusões de unidades no sistema, para que o estado mantenha o seu cadastro atualizado.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº 3.925,

de 13 de novembro de 1998

Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e

- considerando as disposições da Lei nº 8.080, de 19.09.90, o Art. 5º da Lei nº 8.142, de 28.12.90, o Art. 1º do Decreto nº 1.232, de 30.08.94, e a Portaria GM/MS nº 2203, de 05.11.96,

- considerando a necessidade de estabelecer orientação aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de atenção básica, e

- considerando a pactuação dos gestores das três esferas de governo, resolve:

Art. 1º Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria.

Art. 2º Os recursos do Piso da Atenção Básica – PAB repassados do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde deverão estar identificados nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais proveniente da esfera federal, vinculada diretamente ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no artigo anterior poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas constantes dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais, aprovadas na Lei de Orçamento dos Municípios ou em Créditos Adicionais específicos, observada a legislação pertinente.

§ 1º Os recursos mencionados destinam-se exclusivamente à execução de ações e serviços de atenção básica à saúde definidos no Manual para Organização da Atenção Básica, no Anexo I desta portaria.

§ 2º Esses recursos não poderão ser utilizados como fonte substitutiva aos recursos próprios atualmente aplicados em saúde pelos Municípios.

Art. 4º Definir os indicadores de acompanhamento da atenção básica para o ano de 1999, constantes no Anexo I desta Portaria.

Art. 5º As prestações de contas dos recursos financeiros do Piso da Atenção Básica recebidos pelos municípios deverão ser aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde e apresentadas aos Tribunais de Contas Municipal ou Estadual.

Parágrafo único – Não haverá prejuízo das atividades de controle externo exercidas pelo Tribunal de Contas da União, e de controle interno, exercidas pela Secretaria Federal de Controle, do Ministério da Fazenda, e pelos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM 1999 NOS MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB-SUS 01/96

Os indicadores selecionados e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite para o acompanhamento da atenção básica durante o ano de 1999, nos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96, estão relacionados nos quadros a seguir:

- QUADRO 1 - Indicadores para acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados com base na NOB/96.
- QUADRO 2 – Indicador para avaliação da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo ao Programa de COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS.
- QUADRO 3 – Indicadores para acompanhamento da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de SAÚDE DA FAMÍLIA.
- QUADRO 4 – Indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Os indicadores constantes do Quadro 1 serão adotados por todos os municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96.

O elenco de indicadores dos quadros 2, 3 e 4 é sempre cumulativo aos do Quadro 1, e a sua utilização depende da implementação de estratégias ou ações que façam jus aos incentivos financeiros da parte variável do PAB.

Os indicadores relacionados nos Quadros 3 e 4 referem-se à população coberta pelas equipes de Saúde da Família ou pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Para a organização do processo de Acompanhamento da Atenção Básica nos municípios habilitados, as Secretarias Estaduais de Saúde devem, após analisar a realidade sanitária de cada município, mediante indicadores atualizados, propor metas para cada indicador a ser utilizado pelo município.

As Planilhas de Metas devem ser negociadas entre o gestor estadual e cada gestor municipal e aprovadas pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB, configurando o pacto estadual com os municípios, para que, ao final do ano de 1999, os resultados sejam avaliados.

O consolidado do pacto entre gestores estaduais e municipais consubstanciará a Planilha Anual de Metas que cada estado apresentará ao MS,

materializando o pacto entre ele e o Ministério da Saúde.

Ao final de cada ano será realizada uma avaliação para negociação e definição de novas metas.

Quando os resultados nos municípios forem insuficientes, as Comissões Intergestores de cada esfera de governo devem avaliar as estratégias implementadas para providenciar os ajustes necessários ou, até mesmo, suspender a aprovação para a transferência de incentivos.

Os estados que apresentarem resultados positivos na avaliação das metas pactuadas receberão o Incentivo de Valorização de Resultados – IVR, a ser regulamentado pela Comissão Intergestores Tripartite.

O Ministério da Saúde se compromete a apoiar as CIB na implementação dessa metodologia de avaliação, desde a disponibilização de dados para construção dos indicadores, até a cooperação técnica necessária ao processo de pactuação.

Quadro 1
Indicadores para Avaliação da Atenção Básica nos
Municípios Habilitados conforme a NOB-SUS 01/96

Indicadores	Cálculo	Fontes de informações
1. Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano.	Número de vacinas aplicadas em menores de 1 ano/população menor de 1 ano x 100 (em determinada época e período).	SI - PNI. IBGE.
2. Número de hospitalizações por tétano neonatal, por local de residência.	Número de internações por tétano neonatal, em determinada área e período.	SIH-SUS.
3. Número de hospitalizações por tétano acidental, por local de residência.	Número de internações por tétano acidental, em determinada área e período.	SIH-SUS.
4. Número de hospitalizações por sarampo, por local de residência.	Número de internações por sarampo, em determinada área e período.	SIH-SUS.
5. Número de hospitalizações por difteria, por local de residência.	Número de internações por difteria, em determinada área e período.	SIH-SUS.
6. Percentual de casos de hanseníase PB e MB curados entre os casos novos que iniciaram tratamento PQT.	Número de casos PB e MB curados com PQT até 31-12/total de casos PB e MB detectados no ano do coorte, que iniciaram tratamento PQT x 100.	SINAN.
7. Percentual de pacientes de tuberculose curados, por local de residência.	Número de pacientes de tuberculose curados/número de pessoas cadastradas no programa x 100	SINAN.
8. Coeficiente de mortalidade infantil.	Número de óbitos de menores de 1 ano/número de nascidos vivos x 1.000.	SIM/SINASC.

Indicadores	Cálculo	Fontes de informação
9. Coeficiente de óbito na população menor de 1 ano.	Número de óbitos de menores de 1 ano/população menor de 1 ano x 1.000.	SIM. IBGE.
10. Número de consultas de pré-natal por parto.	Número de consultas de pré-natal/total de internações por parto.	SIA-SUS. SIH-SUS.
11. Percentual de internação por gravidez na adolescência.	Número de internações por parto e aborto na faixa etária de 10 a 19 anos/população de mulheres de 10 a 19 anos residente no município x 100.	SIH-SUS. IBGE.
12. Coeficiente de internação por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência.	Número de internações de menores de 5 anos por IRA/população de menores de 5 anos do município x 1.000.	SIH-SUS. IBGE.
13. Coeficiente de internação de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência.	Número de internações por desidratação de crianças menores de 5 anos/população de menores de 5 anos residente no município x 1.000.	SIH-SUS. IBGE.
14. Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos, por local de residência.	Número de internações de pessoas maiores de 60 anos por doenças respiratórias agudas/população de maiores de 60 anos x 1.000.	SIH-SUS IBGE
15. Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos, por local de residência.	Número de internações por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos/total da população de 30 a 69 anos residente x 1.000.	SIH-SUS IBGE
16. Coeficiente de hospitalização por complicação de diabetes <i>mellitus</i> , por local de residência.	Número de internações por diabetes <i>mellitus</i> da população residente/total da população residente x 1.000.	SIH-SUS IBGE
17. Cobertura vacinal anti-rábica de cães.	Número de cães do município vacinados/população de cães estimada para o município (10% da população do município) x 100.	Secretaria Municipal de Saúde

Quadro 2

Indicador para Avaliação da Atenção Básica nos Municípios Qualificados para Receber Incentivo de Combate às Carências Nutricionais

Indicadores	Cálculo	Fontes de informações
Prevalência de desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência.	Número de hospitalizações de crianças, menores de 5 anos, residentes no município, por desnutrição/população da mesma faixa etária, residente no município x 10.000.	SIH-SUS

Quadro 3

**Indicadores para Acompanhamento da Atenção Básica nos
Municípios Qualificados para Receber Incentivo às Equipes de Saúde da Família***

*(Os indicadores listados abaixo referem-se à população coberta pelas Equipes de Saúde da Família).

Indicadores	Cálculo	Fontes de informações
1. Proporção da população coberta pelo Programa.	População cadastrada/população do município x 100.	SIAB. IBGE.
2. Proporção de ocorrência de valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos.	Número de casos de valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos/população de 5 a 14 anos x 100.	SIAB.
3. Proporção de ocorrência de Acidente Vascular Cerebral.	Número de casos de Acidente Vascular Cerebral/número de hipertensos cadastrados x 100.	SIAB.
4. Proporção de ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio.	Número de casos de Infarto Agudo do Miocárdio/número de hipertensos cadastrados x 100.	SIAB.
5. Proporção de ocorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG (forma grave).	Número de casos de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG (forma grave)/número de gestantes acompanhadas x 100.	SIAB.
6. Proporção de ocorrência de Doença Hemolítica Perinatal.	Número de casos de Doença Hemolítica Perinatal/número de nascidos vivos x 100.	SIAB.
7. Proporção de ocorrência de fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos.	Número de casos de fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos/população maior de 50 anos x 100.	SIAB.
8. Proporção de ocorrência de Meningite Tuberculosa em menores de 5 anos.	Número de casos de Meningite Tuberculosa em menores de 5 anos/população menor de 5 anos x 100.	SIAB.
9. Proporção de recém-nascidos com peso menor que 2500g.	Número de recém-nascidos com peso menor que 2500g/número nascidos vivos pesados x 100.	SIAB.
10. Proporção de hospitalizações por qualquer causa.	Número de hospitalizações por qualquer causa/população cadastrada x 100.	SIAB.
11. Proporção de óbitos em menores de 1 ano por diarreia.	Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB.
12. Proporção de óbitos em menores de 1 ano por infecção respiratória.	Número de óbitos de menores de 1 ano por infecção respiratória/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB.
13. Proporção de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos.	Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos/total de óbitos x 100.	SIAB.
14. Proporção de óbitos de adolescentes (10-19) por violência.	Número de óbitos de adolescentes (10-19) por violência/total de óbitos x 100.	SIAB.

Quadro 4
**Indicadores para Acompanhamento da Atenção Básica nos
 Municípios Qualificados para Receber Incentivo às
 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde***

*(Os indicadores listados abaixo referem-se à população coberta pelas Equipes de ACS).

Indicadores	Cálculo	Fontes de informações
1. Proporção da população coberta pelas equipes do programa.	População cadastrada/população do município x 100.	SIAB. IBGE.
2. Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo.	Número de crianças menores de 4 meses, na área coberta pelo programa, com aleitamento exclusivo/população de menores de 4 meses da mesma área x 100.	SIAB.
3. Proporção de óbitos em crianças menores de 1 ano por diarreia.	Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB.
4. Proporção de óbitos em crianças menores de 1 ano por infecção respiratória.	Número de óbitos de menores de 1 ano por infecção respiratória/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB.

