



GUIA PERNAMBUCANO
DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

JOSÉ IRAN COSTA JÚNIOR
Secretário Estadual de Saúde

ANA CLAUDIA CALLOU MATOS
Secretária Executiva de Coordenação Geral

CRISTINA MOTA
Secretária Executiva de Atenção a Saúde

LUCIANA ALBUQUERQUE
Secretária Executiva de Vigilância em Saúde

JOSÉ ADELINO DOS SANTOS NETO
Secretário Executivo de Administração e Finanças

ANDREZA BARKOKEBAS
Secretária Executiva de Regulação em Saúde

RICARDA SAMARA BEZERRA DA SILVA
Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

MARIA FRANCISCA SANTOS DE CARVALHO
Superintendente Estadual de Atenção Primária

JULIANA VANDERLEI LOPES
Gerente Estadual de Expansão e Qualificação da Atenção Primária

MAYAVE VIEIRA DE SOUZA BELCHIOR
Coordenação de Expansão e Qualificação

ANA PEREZ PIMENTA DE MENEZES LYRA
**Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Política Estadual de
Financiamento da Atenção Primária**

EQUIPE TÉCNICA DA GEQAP

Ana Carolina Coelho de Almeida
Anna Rafaella Gonçalves de Souza
Carlos Henrique Tenório A. do Nascimento
Claudenilson Codeceira do Nascimento
Eroneide Valéria da Silva
Geovana Maria de Oliveira
Joelma Serafim da Silva
Patrícia Maria Cavalcanti Carneiro de Albuquerque
Renato Lucena do Nascimento
Rogéria Oliveira Jordão do Amaral
Romilda Alves Paes Barreto
Rose Gláucia Pimentel de Souza

Apoiadores Administrativos

Maria Verônica Pessoa de Barros
Paulo Coutinho de Arruda

Colaboração

Ana Carine dos Santos Interaminense Aguiar
Ana Catarina Melo
Ana Louise Pereira de Carvalho Nunes
Ana Maria Filgueira Saito
Anne Karely dos Santos Rodrigues
Bruna Vanessa Campos de Souza
Gianne de Oliveira Rodrigues
Graziella Gomes Nogueira
Janaína Ramos dos Santos
Joice de Souza Luna
Marccone Ximenes de Lima
Maria Grasiela Alves de Figueiredo Lima
Mikaelly Vasconcelos Granjeiro
Silvana Patrícia Monteiro
Vanessa Lopes Gomes da Silva
Virgínia Betânia de Vasconcelos

Arte da Capa

Paulo César Oliveira Santos

Sumário

1. Introdução	6
2. Atenção Primária à Saúde	7
2.1. Estratégia de Atenção Primária	8
2.2. Principais Áreas estratégicas de Atuação da Atenção Primária	10
2.3. Núcleo de Apoio a Saúde da Família	11
2.4. Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	13
3. Redes de Atenção à Saúde	14
3.1. Redes Prioritárias	14
3.2. Atenção Primárias e as Redes de Atenção à Saúde	16
4. Programas, Ações e Estratégias no Âmbito da Atenção Primária	17
4.1. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Primária (PMAQ)	17
4.2. Programa Mais Médicos (PMM)	19
4.3. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)	19
4.4. Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde	19
4.5. Programa Academia da Saúde	19
4.6. Consultório na Rua	20
4.7. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável	20
4.8. Práticas Integrativas e Complementares (PICs)	21
4.9. Programa Saúde na Escola (PSE)	21
4.10. Telessaúde	21
4.11. Programa Brasil Sorridente	21
4.12. Programa Melhor em Casa	22
4.13. Programa Bolsa Família (PBF)	23
4.14. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	23
4.15. Programa Nacional de Imunizações (PNI)	23
5. Programas de Governo/Pernambuco	23
5.1. Chapéu de Palha	23
5.2. Mãe Coruja Pernambucana	24
5.3. Minha Certidão	24

5.4. SANAR	25
6. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) com interface na Atenção Primária	25
6.1. e-SUS	25
6.2. Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB)	25
6.3. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	26
6.4. Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)	26
6.5. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)	26
6.6. Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS)	26
6.7. SISPRENATAL	26
6.8. SI-PNI	27
7. Monitoramento na Atenção Primária à Saúde	27
7.1. Indicadores da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária	27
7.2. Indicadores de Pactuação Interfederativa (SISPACTO)	28
7.3. Pacto pela Saúde em Permanbuco	30
7.4. Indicadores PMAQ	31
8. Atribuições da Coordenação Municipal da Atenção Primária	31
9. Referências Bibliográficas	35
Anexos	39

1. Introdução

A substituição do modelo tradicional de atenção à saúde por programas e estratégias mais impactantes, com ações voltadas para as áreas de maior risco e focalização na família, provoca a proximidade e o vínculo dos profissionais de saúde com a população, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde e assim contribuindo para o Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

A Estratégia Saúde da Família surge desta forma com a proposta de reorientar políticas e práticas de saúde, resgatando os princípios do SUS e permitindo aos profissionais uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e o reconhecimento da necessidade de intervenções para além das práticas curativas.

Diante do exposto, a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, através da Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária e seus colaboradores, elaborou o Guia de Atenção Primária visando contribuir com a proposta de mudança nos modelos assistencial e de gestão dos serviços de saúde, abordando as políticas, programas, sistemas de informação, indicadores e monitoramento da Atenção Primária, estimulando a criatividade e a responsabilização pelo desenvolvimento das ações com efetividade, eficácia e eficiência.

Com a orientação deste guia, espera-se que os profissionais da Atenção Primária reorientem suas práticas desenvolvidas tanto na gestão como nas práticas em Unidades de Saúde da Família.

2. Atenção Primária à Saúde

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, a redução de danos e a manutenção da saúde** com o objetivo de desenvolver uma **atenção integral** que impacte na situação de saúde e **autonomia das pessoas** e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Uma das características marcantes da Atenção Primária à Saúde (APS) está no alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, no chegar, o mais próximo possível da vida das pessoas. Torna-se o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada para o SUS, estando orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada dos vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos movimentos sociais, e da participação de usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

A nova PNAB introduziu elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação das Redes de Atenção à Saúde, avançando no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (eSF), como a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e eSF para as Populações Ribeirinhas.

O financiamento da APS deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações da APS compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Os do Bloco AB são efetuados em conta aberta especificamente para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos Estados e do Distrito Federal. **(Portaria nº 2.488/2011 - Política Nacional de Atenção Básica)**

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) estabeleceu sua participação neste financiamento através do Decreto 30.353/2007 e da Portaria nº 720/2007, que instituíram a **Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP)**. Desde então a SES-PE investe recursos próprios na Atenção Primária à Saúde nos municípios do estado, com transferências mensais e semestrais, segundo os componentes regulamentados pelas Portarias 640/2011 e 108/2012 da SES-PE, que estabelecem, o **Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS)**, com valores determinados de forma *per capita* e segundo o IDH municipal; e o **Financiamento Municipal por Desempenho da APS**, determinado a partir do resultado em indicadores

de saúde estratégicos, pactuados entre a SES-PE e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco.

O PEAPS é composto por dois componentes: **componente I** no valor de R\$ 0,46 (quarenta e seis centavos) *per capita*/ano para todos os municípios e o **componente II** no valor de R\$ 1,36 (um real e trinta e seis centavos) *per capita*/ano para 168 municípios que apresentam IDH menor que o do estado, com repasses mensais, automáticos, fundo a fundo, oriundos do Tesouro Estadual.

No que diz respeito ao financiamento por desempenho, este é calculado a partir do resultado alcançado em indicadores de saúde. A avaliação é realizada semestralmente e o montante de recursos transferidos, corre por conta orçamento do Tesouro Estadual.

Parâmetros para cálculo do repasse financeiro por desempenho:

Parâmetro para cada indicador	Percentual a receber
Faixa 3	10% do teto financeiro
Faixa 2	7,5% do teto financeiro
Faixa 1	5% do teto financeiro
Faixa 0	Municípios desabilitados ao repasse financeiro

Ao instituir o repasse de recursos financeiros para todos os municípios do estado, a SES-PE contribui com a organização de ações e melhoria de indicadores de saúde estratégicos para o fortalecimento da APS.

2.1. Estratégias de Atenção Primária à Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está inserida no sistema de saúde brasileiro – Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à reorganização da Atenção Primária no País, em consonância com os preceitos do SUS. Sua operacionalização coloca em prática os princípios do SUS (BRASIL, 2000) e se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF) (BRASIL, 2006) com uma ou mais equipes de Saúde da Família (eSF).

Cada eSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Deve-se, entretanto considerar, para a composição do território, o grau de vulnerabilidade das famílias, de forma que, quanto maior a vulnerabilidade, menor a quantidade de pessoas por equipe. **(Portaria nº 2.355 /2013).**

Para efeito de repasses financeiros do Ministério da Saúde, as eSF possuem as seguintes modalidades:

Modalidade	Crítérios	Outros critérios
Modalidade I	Implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País.	<ul style="list-style-type: none"> • Pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).
	Implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 pessoas, respeitado o número máximo de	<ul style="list-style-type: none"> • Pertencerem a municípios que têm índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7. • Estiverem nas áreas do Programa

	equipes por município, publicado em portaria específica.	Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci.
Modalidade II	São as eSF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.	Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

Quando as eSF forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido de acordo com a seguinte composição:

Modalidade	Critérios
Modalidade I	Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).
Modalidade II	Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)

A Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS) tem um papel importante no acolhimento, sendo o ACS um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a eSF. Tem como proposta a reorganização inicial da APS com vistas à implantação gradual da equipe de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Primária. (<http://dab.saude.gov.br>)

As ações da eSF são oferecidas por equipes multiprofissionais formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal; então responsáveis pela atenção à saúde da população do território de abrangência. A carga horária para todos os profissionais da eSF é de 40 horas semanais. O cadastramento de cada profissional de saúde deve ser realizado em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais repetindo as equivalências de incentivo federal. (**Portaria nº 2.488/2011 – Política Nacional de Atenção Básica**)

O princípio da **Integralidade** de assistência é entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema (**Lei 8080/1990**). No SUS, a **Hierarquização** ocorre nos três níveis de assistência: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatorios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). O cumprimento desses dois princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipes de saúde compreendam que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade tecnológica crescentes, desde o nível local de assistência até os mais especializados; este sistema é denominado **referência e contrarreferência**,

considerando que a referência ocorre do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contrarreferência.

A USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população. O processo de trabalho das equipes multiprofissionais deve contemplar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde, dando ênfase à escuta qualificada, na unidade de saúde, domicílio ou em outros equipamentos sociais, desenvolvendo ações intersetoriais. O trabalho das eSF substitui as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas e deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Principais critérios para suspensão do repasse dos recursos financeiros da APS:

- Inexistência de Unidade Básica de Saúde cadastrada para o trabalho das equipes;
- Ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas;
- Descumprimento da carga horária;
- Ausência de alimentação de dados no sistema de informação que comprovem o início de suas atividades.

2.2. Principais áreas estratégicas de atuação da APS

2.2.1. Atenção à Saúde da Criança

Aborda orientações para a organização do processo de trabalho, questões tradicionais (como o acompanhamento do crescimento e desenvolver da criança e a supervisão das imunizações) e até temas característicos da modernidade como a alimentação saudável, prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência.

(<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>)

2.2.2. Atenção à Saúde da Mulher

A área técnica de Saúde da Mulher é responsável pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras e população Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBTT).

(<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher>)

2.2.3. Controle de Hipertensão e Diabetes

As ações de promoção e prevenção para controle de riscos da Hipertensão e Diabetes Mellitus são transversais às políticas de atenção à saúde, desenvolvidas através do rastreamento dos casos, considerando os critérios de risco, exames de rotina, fornecimento de medicação, diagnóstico precoce e o acompanhamento dos indivíduos no autocuidado, visando a redução das complicações.

2.2.4. Controle de Tuberculose

O Programa de Controle da Tuberculose deve promover a correta implantação e/ou implementação de condições adequadas (capacitação, acesso a exames, medicamentos e referências) em unidades de APS, além de mapear as necessidades, e identificar e credenciar unidades de referência secundária e terciária.

(Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil – 2011)

2.2.5. Eliminação da Hanseníase

As ações do Programa de Controle da Hanseníase incluem atividades de diagnóstico e tratamento precoce da doença, das reações e neurites, prevenção de incapacidades e autocuidados, reabilitação física e psicossocial, vigilância epidemiológica, informação, educação e comunicação.

2.2.6. Ações de Saúde Bucal

As principais linhas de ação do Programa estão baseadas na reorganização da APS em saúde bucal através da implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, na ampliação e qualificação da atenção especializada, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais. (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>)

2.3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O NASF é uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que deve atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das eSF e das equipes de Atenção Primária para populações específicas, (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), chamadas de equipes de referência apoiadas, compartilhando práticas e saberes em saúde, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção primária, que ampliem o seu escopo de ofertas.

Possibilidades de composição do NASF: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, aplicado à APS, significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração das equipes de referência com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de Atenção Primária. As ações devem ser pautadas em duas dimensões: assistencial e técnico-pedagógico. É uma equipe de retaguarda, não é porta de entrada e não é ambulatório. Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as eSF, Consultório na Rua e o Programa Academia da Saúde.

Dimensão	Conceito	Tipos de atividades
Assistencial	Produz ação clínica direta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atendimentos individuais na unidade ou no domicílio; ✓ Grupos educativos e/ou terapêuticos.
Técnico-pedagógico	Produz ação de apoio educativo COM e PARA a equipe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião de equipe/ discussão de casos, de temas e construção de PTS; ✓ Atendimentos na unidade ou no domicílio compartilhados; ✓ Reuniões de rede.

Ferramentas utilizadas pelo NASF:

Diversas ferramentas são utilizadas na organização e no desenvolvimento do processo de trabalho do NASF:

Apoio Matricial – caracteriza-se pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários e pela ação técnico-pedagógica que produz apoio educativo com e para a equipe.

Clínica Ampliada – É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes

áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário.

(http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html)

Projeto Terapêutico Singular (PTS) - representa um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

Projeto de Saúde no Território (PST) - auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e promoção da saúde (**UNA-SUS/UNIFESP, Módulo Político Gestor**).

Atualmente, existem três as modalidades de NASF:

MODALIDADES	Nº DE EQUIPES VINCULADAS	CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS
NASF 1	5 a 9 equipes de saúde da família (eSF) e/ou equipe de atenção básica (eAB para populações específicas (equipe consultório na rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais; Cada profissional deve ter no mínimo 20 h e no máximo 80 h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo, 120 horas semanais; Cada profissional deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo, 80 horas semanais; Cada profissional deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

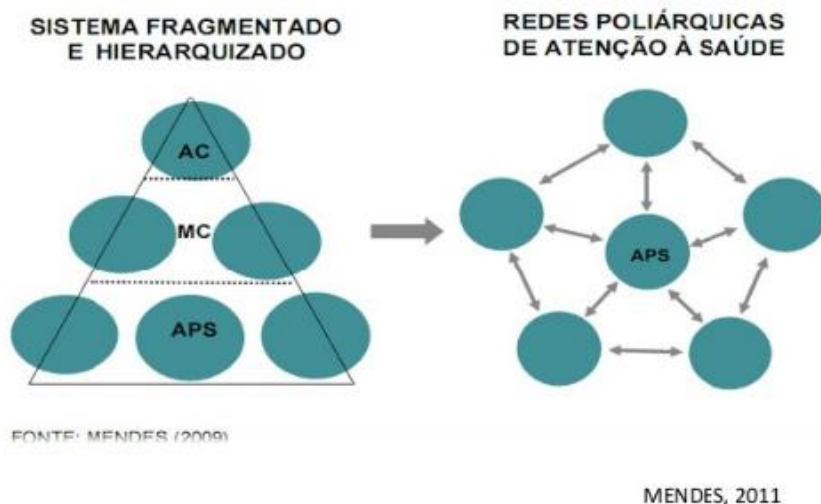
2.4. Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Na perspectiva de superar as dificuldades impostas pelas condições de confinamento e efetivar as políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade, o Ministério da Saúde lançou através da Portaria nº 01, de 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade prisional seja visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para esta população em todo o itinerário carcerário, que vai desde presos provisórios em delegacias de polícia e centros de detenção provisória até presos condenados em penitenciárias estaduais e federais.

No âmbito da Atenção Básica, a PNAISP prevê para o sistema prisional, serviços de saúde que atuem como porta de entrada do sistema e ordenadores das ações e serviços de saúde pela rede, sendo a operacionalização dessa política normatizada pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014, que disciplina sobre os tipos de equipes, os profissionais que as compõem e o financiamento.

Neste sentido, a PNAISP propõe a mudança do modelo assistencial, com a organização do processo de trabalho através do cuidado qualificado e orientado pela lógica da Atenção Primária à Saúde (APS), numa perspectiva de ampliação do acesso, humanização do cuidado e promoção das relações com as Políticas de Direitos Humanos.

Redes de Atenção à Saúde (RAS)



A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; promoção e vigilância à saúde.

3.1. Redes Prioritárias

A **Rede Cegonha** é uma rede de cuidados que assegura às mulheres: o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; e às crianças direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Tem como objetivos: o novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, promovendo acesso, acolhimento, resolutividade e a redução da mortalidade materna e neonatal.

A **Rede de Urgência e Emergência** tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e

resolutividade.

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: promoção e prevenção; Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde); UPA e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; enfermarias de retaguarda e Unidades de Cuidados Intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias; e Atenção domiciliar – Melhor em Casa.

A **Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência** tem como objetivos: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos da atenção especializada; e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta. Os Componentes da Rede de Reabilitação são: CER – Centro Especializado em Reabilitação; Oficinas Ortopédicas: local e itinerante; Centros-Dia; Serviços de Atenção Odontológica para Pessoas com Deficiência; Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS; Atenção Hospitalar.

A **Rede de Atenção Psicossocial** tem como diretrizes: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Neste sentido, para reorganizar as práticas de saúde tem-se como regra que as equipes coordenem o cuidado nas RAS que deve ser estimulado em nível local, tornando assim possível acompanhar o usuário durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde até que sua necessidade seja sanada. Para tanto, é importante que os profissionais de saúde estejam aptos a adotarem individual e conjuntamente práticas diferentes do modelo biomédico e que elas estejam fundamentadas nas diretrizes da APS e das RAS.

O estabelecimento da Atenção Primária como centro de comunicação das redes de atenção requer profissionais tecnicamente competentes, comprometidos, em quantitativo suficiente e capazes de organizar seus processos de trabalho em equipe, de forma a promover a territorialização, adscrição da clientela, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a integralidade e a resolutividade da atenção.

As práticas de saúde devem estar centradas nas necessidades do usuário e em seu cuidado, e não mais em procedimentos e especificidades profissionais. A presença de profissionais com diferentes formações, que se articulam e compartilham ações e desenvolvem processos interdisciplinares, colabora para a ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe, facilitando a gestão do cuidado integral do usuário e a

coordenação das RAS. (<http://www.redehumanizadas.net/94453-aps-nas-ras>).

3.2. Atenção Primária e as Redes de Atenção a Saúde



Como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, a Atenção Primária deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde:

I – Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

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

III – Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos, através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na APS devem ser articuladas com os

processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da APS e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;

IV – Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

(http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras)

4. Programas, Ações e Estratégias no Âmbito da Atenção Primária

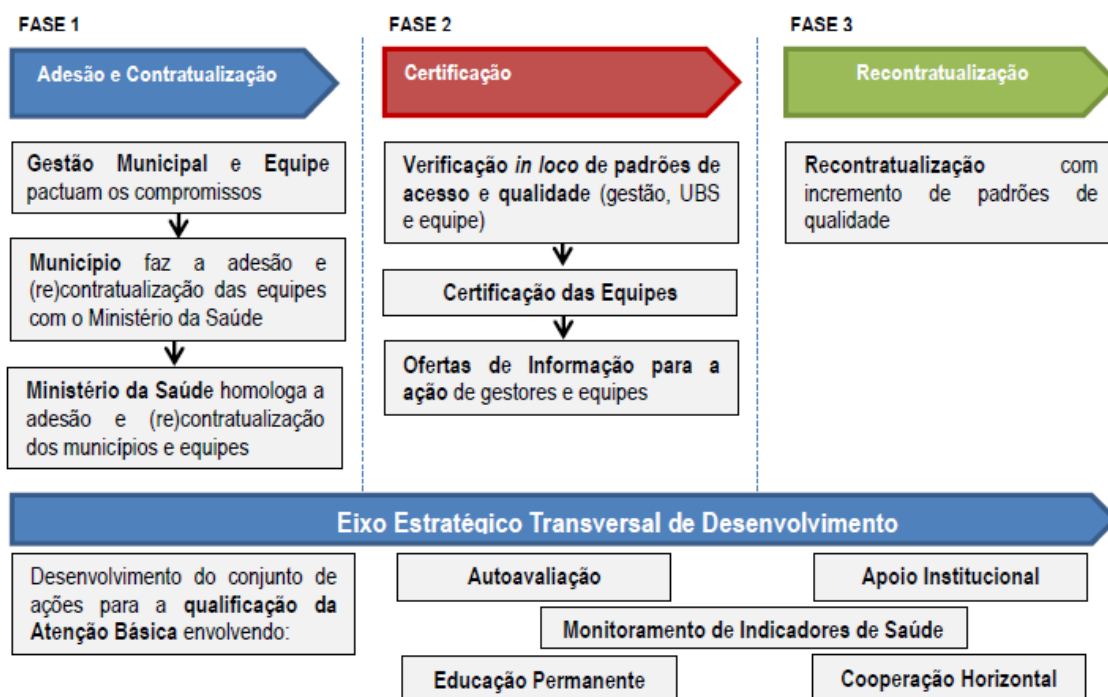


4.1. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e, em 2015, inicia seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNA B. (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php).

Fases do PMAQ - 3º Ciclo



As equipes participantes no PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando:

- Avaliação externa de desempenho** das equipes de saúde e gestão da Atenção Primária, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados;
- Verificação da realização de **momento autoavaliativo** pelos profissionais das equipes da APS;
- Avaliação de **desempenho do conjunto de indicadores contratualizados** na etapa de adesão e contratualização.

A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes eSF, AB Parametrizadas, Saúde Bucal e NASF será:

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação Externa	60%

(http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.ph)

4.2. Programa Mais Médicos (PMM)

O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. O Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) contém as informações deste programa como também serve de base para provimento dos profissionais médicos. (www.maismedicos.gov.br)

4.3. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)

O PROVAB tem como objetivo estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da APS e da Estratégia de Saúde da Família e levá-los para localidades com maior carência para este serviço. O Ministério da Saúde lançou, em conjunto com o Ministério da Educação, a portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, que instituiu o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB ao cotidiano brasileiro e prevê a atuação de profissionais da saúde em diversos postos pelo país. Esses profissionais, supervisionados por uma instituição de ensino, realizam o curso de especialização em Saúde da Família provido pela Rede Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. (<http://www.unasus.gov.br/provab>)

4.4. Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde

É uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Primária. Por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física para as Unidades Básicas de Saúde – acolhedora e dentro dos melhores padrões de qualidade – que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde.

O programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras), ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde.

4.5. Programa Academia da Saúde – PAS

A partir da convergência desses contextos, em 2011, foi instituído o Programa Academia da Saúde com a publicação da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Depois, em 2013, o Programa passou por ajustes e aperfeiçoamentos, tendo sido redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013.

O PAS adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde.

Por isso, apesar do nome, o Programa não se restringe à realização de práticas corporais e atividades físicas e promoção da alimentação saudável. Mais do que isso, os polos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros. Nesse sentido, a Portaria nº 2.681 estabelece oito eixos em torno dos quais as atividades do polo devem ser desenvolvidas: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas e complementares, e planejamento e gestão (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>)

4.6. Consultório na Rua

O consultório na Rua foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, com o objetivo de ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, a atenção deverá ser prestada pela Atenção Primária, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php)

4.7. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável

A promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Pode se materializar por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio, com o objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular. As ações de promoção da saúde são potencializadas por meio da articulação dos diferentes setores da saúde, além da articulação com outros setores.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) tem por objetivo apoiar Estados e municípios brasileiros no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população, possibilitando um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, reflete a preocupação com a prevenção e com o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição como a prevenção das carências nutricionais específicas, desnutrição, contribuindo ainda, para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, além de contemplar necessidades alimentares especiais tais como doença

falciforme, hipertensão, diabetes, câncer, doença celíaca, entre outras.

4.8. Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

O campo das práticas integrativas e complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php)

4.9. Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE possibilita mais do que ofertas de serviços num mesmo território, visto propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Coloca em questão: Como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços?

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>)

4.10. Telessaúde

É um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde que objetiva ampliar a resolubilidade da Atenção Primária por meio de ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente para as equipes através de serviços de Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa, Telediagnóstico e Teleeducação (<http://dab.saude.gov.br>)

4.11. Programa Brasil Sorridente

O Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal) é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações

de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais linhas de ação do programa são:

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Na Atenção Especializada encontra-se também a Assistência Hospitalar.

O Brasil Sorridente contempla ainda o Brasil Sorridente Indígena e apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o que ajuda a compreender seu alcance. Saiba mais sobre as ações em Saúde Bucal nas seguintes ações do governo federal: Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Qualificação Profissional e Científica e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público.

(http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php)

Faz parte do Programa Brasil Sorridente a implantação de Laboratórios de Prótese Dentária, visando garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira. O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. (<http://dab.saude.gov.br>)

4.12. Programa Melhor em Casa

O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar.

Conforme a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Primária de sua referência. Já nos casos em que o paciente precisa ser visitado semanalmente ou mais, ele poderá ser acompanhado por equipes específicas de Atenção Domiciliar, como as que fazem parte do Programa Melhor em Casa.

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente.

(<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>)

4.13. Programa Bolsa Família (PBF)

É um programa federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza (renda entre R\$70,01 a R\$140,00 por pessoa) ou de extrema pobreza (renda de até R\$70,00 por pessoa), com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O Programa é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social – condicionalidades. De forma a reforçar o papel do profissional de saúde como ator chave nesse processo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2011) destaca a inserção das ações relativas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades criado pelo Governo Federal, estadual ou municipal no rol das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde.

(http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php)

4.14. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar). Esse programa faz parte da Ação Brasil Carinhoso constante no Programa Brasil sem Miséria, que objetiva o combate à pobreza absoluta na primeira infância e reforça a assistência a criança menor de 5 anos para prevenção da deficiência de vitamina A, garantindo o acesso e disponibilidade do insumo a todas as crianças nessa faixa etária nas Regiões Norte e Nordeste e os municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste contemplados no Programa Brasil sem Miséria.

(<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA>)

4.15. Programa Nacional de Imunizações (PNI)

O PNI organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas.

5. Programas de Governo/ Pernambuco

5.1. Chapéu de Palha

Tem como objetivo de adotar medidas de combate aos efeitos do desemprego em massa decorrente da entressafra da cana-de-açúcar, fruticultura e defeso da pesca artesanal e mariscaria, possibilitando aos trabalhadores e suas famílias ações de

fortalecimento para o enfrentamento das causas, agravos e danos decorrentes deste período. É uma estratégia desenvolvida com a participação direta das Secretarias de Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Reforma Agrária, Mulher, Trabalho, Qualificação e Empreendedorismo, Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Saúde. A Secretaria de Saúde tem como base legal os eixos prioritários de Promoção da Saúde, e da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária e como missão desenvolver através da educação continuada dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família – ESF (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) ações estratégicas de saúde para melhoria da qualidade de vida da população em foco.

5.2. Mãe Coruja Pernambucana

O Programa Mãe Coruja Pernambucana, constitui uma Política Pública de redução da morbimortalidade materna e infantil que potencializa o investimento na Primeira Infância, com a relevância de ser um Programa estratégico para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

O Programa foi implantado em 2007, pelo Decreto 30.353, e instituído como Política Pública pela lei 13.959/2009, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, além da melhoria de outros indicadores, por meio de ações articuladas e intersetoriais dos eixos de saúde, educação e desenvolvimento social, através do trabalho de onze secretarias de Estado: Saúde, Educação, Desenvolvimento Social, Criança e Juventude, Mulher, Planejamento e Gestão, Agricultura e Reforma Agrária, Micro e Pequena Empresa, Trabalho e Qualificação, Cultura e Turismo, Esporte e Lazer, Gabinete de Projetos Estratégicos, Gabinete do Governador.

O Programa está presente em 105 municípios do Estado, sendo 103 de responsabilidade da gestão estadual e 02 das gestões municipais, por meio de Cooperação Técnica. O Programa Mãe Coruja Pernambucana é um dos Programas Sociais Brasileiros de referência na área materno-infantil. Reconhecido e premiado pela Organização das Nações Unidas – ONU, na categoria “Promoção de Entrega de Serviços Públicos Voltados ao Gênero” e pela Organização dos Estados Americanos – OEA, como “Inovação na Qualidade das Políticas Públicas”.

(<http://www.maecoruja.pe.gov.br/o-programa/>)

5.3. Minha Certidão

Lançado em Pernambuco em 2010, o programa Minha Certidão é desenvolvido em parceria com Associação de Registradores de Pessoas Naturais do Estado de Pernambuco com interveniência da Corregedoria Geral de Justiça de Pernambuco, Agência de Tecnologia da Informação e a Secretaria Estadual de Saúde/Programa Mãe Coruja Pernambucana que dentre outras ações orienta e encaminha mães e familiares para viabilizarem a emissão do Registro Civil de Nascimento. O Projeto de Lei Ordinária nº 1744/2013 garante a continuidade do funcionamento do Programa e reforça as políticas de acesso à cidadania que já vinham sendo executadas. (<http://dab.saude.gov.br>)

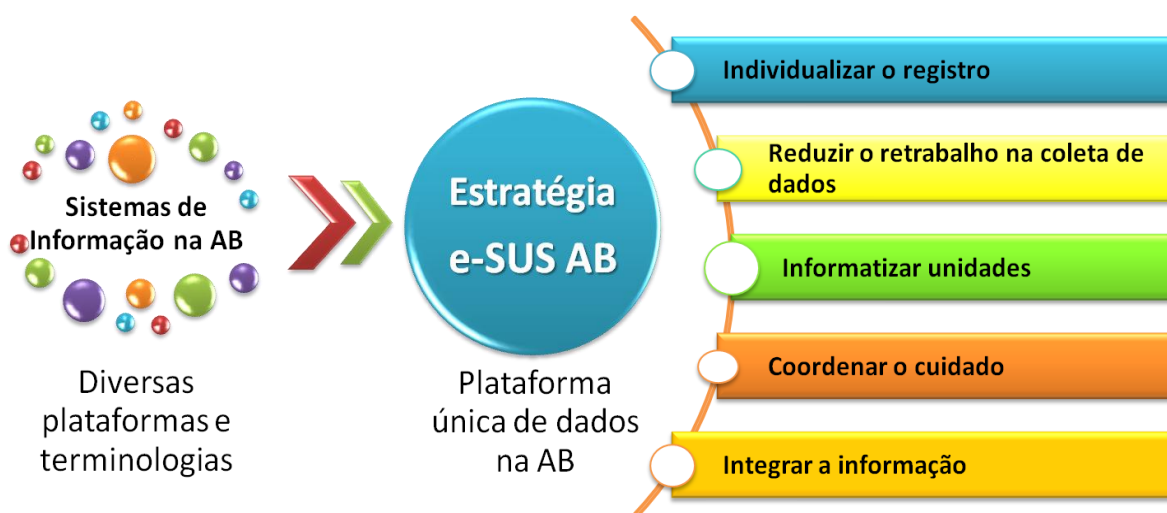
5.4. SANAR

O Programa Sanar tem como objetivo reduzir ou eliminar enquanto problema de saúde pública as seguintes doenças transmissíveis negligenciadas: tuberculose, hanseníase, esquistossomose, doença de Chagas, leishmaniose, filariose, geohelmintíases e tracoma. Destaca-se a intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose e hanseníase, integradas à sífilis e focadas nas equipes de Saúde da Família, visando à detecção precoce e tratamento adequado das pessoas.

As estratégias definidas pelo Programa Sanar considerou o planejamento estratégico da Secretaria Estadual de Saúde e o fortalecimento da capacidade de resposta das Regionais e municípios. Dessa forma, as ações são abordadas de forma transversal e priorizam a integração com a gestão municipal do SUS, buscando concentrar esforços na Atenção Primária e na oferta do tratamento integral e oportuno.

(<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-sanar-doencas-negligenciadas>)

6. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) com interface na Atenção Primária



6.1. e-SUS

O e-SUS/AB é uma estratégia do Ministério da Saúde – DAB, para estruturar as informações da APS em nível nacional, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

6.2. Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB)

O SISMOB foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infra-estrutura de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Academias da Saúde financiadas com recurso Federal,

tornando-se uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra e permitindo que o gestor seja sinalizado através de alertas quando alguma etapa da obra estiver em caminho crítico ou em atraso, facilitando assim a alimentação do sistema e melhorando a qualidade da informação (<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob>).

6.3. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado brasileiro, que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Recomenda-se que na APS seja realizada avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos em todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e que estas observações possam ser avaliadas de forma integrada com informações provenientes de outras fontes de informação, como pesquisas, inquéritos e outros SIS disponíveis no SUS. (saude.gov.br/nutricao)

6.4. Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

O Sistema de Informação do Câncer foi lançado em 2011, com objetivo de melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer como eixo do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama. O SISCAN visa atuar no registro de suspeita de casos e confirmação diagnóstica, na observância das condutas diagnósticas e terapêuticas, no fornecimento de laudos padronizados e na melhoria das ações de rastreamento. (www2.inca.gov.br)

6.5. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O CNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas – Federal Estadual e Municipal. (<http://datasus.saude.gov.br>)

6.6. Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS)

O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica foi implantado para qualificar a gestão farmacêutica no SUS. Permite organizar o controle de estoque, a rastreabilidade dos medicamentos, a identificação do perfil de consumo pela população e a geração de dados para subsidiar o planejamento, avaliação e monitoramento. (<http://portalsaude.saude.gov.br>)

6.7. SISPRENATAL

É um sistema que permite o cadastro e acompanhamento adequado das gestantes,

devendo monitorar e avaliar a atenção prestada pelos serviços de saúde do pré-natal até o puerpério, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) até o atendimento hospitalar de alto risco. No Sisprenatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada.

(<http://sisprenatal.datasus.gov.br>)

6.8. SI-PNI

O SI-PNI tem como objetivo fundamental avaliar a dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, num período de tempo, em determinada área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessários aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição. (<http://sipni.datasus.gov.br>)

7. Monitoramento na Atenção Primária à Saúde

A política de monitoramento e avaliação da atenção primária tem como objetivo a melhoria da qualidade da atenção, contribuindo com a integralidade, a resolubilidade, a equidade e a universalidade das ações ofertadas pelo SUS. Nesse sentido, institucionalizar a avaliação da atenção primária, tornando essa uma prática incorporada às rotinas nas instâncias gestoras do SUS, qualifica as decisões produzindo mudanças nos processos decisórios.

7.1. Indicadores da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária

A avaliação de desempenho da PEFAP é obtida através do resultado alcançado nos 10 indicadores de saúde, apreciados semestralmente, segundo parâmetros normatizados em faixas e utilizados para indicar o índice de desempenho dos municípios. Indicadores de desempenho:

COMPONENTE VARIÁVEL		
Indicador	Método de cálculo	Parâmetro de avaliação
Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos)} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de óbitos de mulheres em idade fértil}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 100\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 75\% < 100\%$ Faixa 1 = percentual $< 75\% > \text{zero}$ Faixa 0 = não investigou nenhum óbito
Percentual de óbitos infantis investigados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos infantis (de 0 a 364 dias)} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de óbitos infantis (de 0 a 364 dias)}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 100\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 30\% < 100\%$ Faixa 1 = percentual $< 30\% > \text{zero}$ Faixa 0 = não investigou nenhum óbito
Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal} \times 100}{\text{Número de nascidos vivos}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 70\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 40\% < 70\%$ Faixa 1 = percentual $< 40\% > \text{zero}$ Faixa 0 = percentual igual a zero

Percentual de portadores de Hipertensão Arterial acompanhados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Hipertensão Arterial acompanhados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Hipertensão Arterial cadastrados}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 100\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 90\% < 100\%$
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Hipertensão Arterial cadastrados}}{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Hipertensão Arterial cadastrados}}$	Faixa 1 = percentual $< 90\% > \text{zero}$ Faixa 0 = percentual igual a zero
Percentual de portadores de Diabetes Mellitus acompanhados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Diabetes Mellitus acompanhados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 100\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 90\% < 100\%$
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados}}{\text{N}^\circ \text{ de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados}}$	Faixa 1 = percentual $< 90\% > \text{zero}$ Faixa 0 = percentual igual a zero
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano}}{\text{50\% da População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano} / 3}$	Faixa 3 = razão $\geq 0,3$ Faixa 2 = percentual $\geq 0,2 < 0,3$ Faixa 1 = percentual $< 0,2$
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos curados de Hanseníase} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de casos novos de Hanseníase}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 90\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 75\% < 90\%$ Faixa 1 = percentual $< 75\% > \text{zero}$ Faixa 0 = percentual igual a zero
Percentual de cura de casos novos de Hanseníase	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos curados de Hanseníase} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de casos novos de Hanseníase}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 90\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 75\% < 90\%$ Faixa 1 = percentual $< 75\% > \text{zero}$ Faixa 0 = percentual igual a zero
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos curados de Tuberculose pulmonar bacilífera} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de casos novos de Tuberculose pulmonar bacilífera}}$	Faixa 3 = percentual $\geq 75\%$ Faixa 2 = percentual $\geq 65\% < 75\%$ Faixa 1 = percentual $< 75\% > \text{zero}$ Faixa 0 = percentual igual a zero
Cobertura vacinal com a vacina pentavalente (dpt+hib+hepatite b) em crianças menores de um ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3}^\circ \text{ dose da vacina pentavalente} \times 100}{\text{Total de crianças menores de 1 ano}}$	Faixa 3 = percentual $> 100\%$ Faixa 2 = percentual $> 95\% < 100\%$ Faixa 1 = percentual $< 95\% > \text{zero}$
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças menores de 2 anos desnutrição} \times 100}{\text{Total de crianças menores de 2 anos cadastradas}}$	Faixa 3 = percentual $< 1\%$ Faixa 2 = percentual $> 1\% < 2\%$ Faixa 1 = percentual $> 2\%$

7.2 - Indicadores de Pactuação Interfederativa (SISPACTO)

O Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que tem suas bases no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, é um instrumento da gestão compartilhada que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, dentre elas a pactuação das diretrizes, metas e indicadores de saúde.

Os indicadores de transição Pacto/COAP são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas com a finalidade de auxiliar no processo de tomada de decisão, contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais e fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A resolução CIT nº08, de 24 de Novembro de 2016, a qual dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores relacionados a prioridades nacionais de saúde, reforça as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população no território reconhecidas de forma tripartite.

(<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto>)

7.2.1. Indicadores da pactuação relacionados à Atenção Primária

DIRETRIZ	OBJETIVO	INDICADOR
Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.	Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica. OBS.: Atualmente estes indicadores não estão sendo pactuados, tendo em vista que a base de dados não está fornecendo as variáveis para a sua construção.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
		Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.
		Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
		Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.	Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária .
		Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.
	Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos
		Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
		Taxa de mortalidade infantil
		Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
		Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado
		Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
		Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e	Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.	a) Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas

fortalecimento das ações de promoção e prevenção.		<p>não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p> <p>b) Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p>
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.	<p>Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada</p> <p>Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes</p>

7.3. Pacto pela Saúde em Pernambuco

Criado em 2011, o Pacto pela Saúde é uma política pública que visa à melhoria dos serviços de saúde através do acompanhamento dos resultados de todo o estado de Pernambuco - nas 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres) e municípios e na rede hospitalar. Coordenado pela Secretaria de Planejamento e Gestão (Seplag), o PPS acompanha, mensalmente, os indicadores de saúde que demonstram o desempenho da rede de serviços de todo o Estado, compreendendo as ações de atenção primária e de atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

A sistemática de acompanhamento dos resultados do Pacto pela Saúde pelo Núcleo de Gestão por Resultados na Saúde acompanha o indicador Síntese – que é a Taxa de Mortes por Causas Evitáveis -, 6 indicadores intermediários para Gerês, 5 indicadores intermediários para hospitais e 1 indicador intermediário para Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). O Núcleo também realiza o monitoramento das Metas Prioritárias do Governo que estão sob responsabilidade da Secretaria de Saúde.

7.3.1. Principais Indicadores do Pacto Pela Saúde na Atenção Primária

Indicador Síntese:

- Variação na Taxa de Mortalidade por Causas Evitáveis

Indicadores Intermediários:

- Percentual de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família
- Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
- Proporção de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
- Taxa de Mortalidade Infantil
- Variação da Taxa de Mortalidade por Acidentes de Trânsito Terrestre
- Proporção de Municípios Regulares no Envio de Informação Sobre Mortalidade

(<http://www.seplag.pe.gov.br/web/pps/pacto-pela-saude>)

7.4. Indicadores PMAQ

Indicadores para Contratualização e Certificação das Equipes

A avaliação dos indicadores é realizada a partir do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB). Assim, as equipes que utilizam o e-SUS AB/SISAB, seja o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) ou Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB) serão acompanhadas quanto aos indicadores de desempenho do PMAQ.

Foram selecionados 11 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica e 1 indicador de desempenho para os NASF no terceiro ciclo do PMAQ, que estão subdivididos em quatro grupos:

Indicadores para EAB	
Acesso e continuidade do cuidado	
Indicador	Método de cálculo
Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos e de enfermeiros}}{\text{População residente}}$
Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea	$\frac{\text{Nº de atendimentos de demanda espontânea} * 100}{\text{Nº total de atendimentos}}$
Percentual de atendimentos de consulta agendada	$\frac{\text{Nº de atendimentos de demanda agendada} * 100}{\text{Nº total de atendimentos}}$
Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada	$\frac{(\text{Atend HAS}) + (\text{Atend DM}) + (\text{Atend Obes}) + (\text{Atend Dep})}{(\text{Pop} * \text{Prev HAS}) + (\text{Pop} * \text{Prev DM}) + (\text{Pop} * \text{Prev Obes}) + (\text{Pop} * \text{Prev Dep})}$ <p>Onde: Atend = Nº de atendimentos na condição avaliada Prev = prevalência da condição da população residente no território Pop = população residente no território</p>
Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero	$\frac{\text{Nº de procedimentos de coleta de material citopatológico de colo do útero}}{\text{População feminina residente entre 25 e 64 anos de idade} / 3}$

Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos de primeira consulta odontológica programática} * 100}{\text{População residente}}$
Coordenação do cuidado	
Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida} * 100}{\text{Total de recém-nascidos a serem acompanhados}}$
Resolutividade da equipe de atenção básica	
Percentual de encaminhamentos para serviço especializado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos médicos para serviços especializados} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de atendimentos médicos individuais}}$
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista}}{\text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas odontológicas programáticas}}$
Abrangência da oferta de serviços	
Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica	$\frac{\text{Quantitativo de serviços ofertados em Atenção Básica} * 100}{\text{Total de serviços em Atenção Básica esperados}}$
Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal	$\frac{\text{Quantitativo de serviços ofertados em Saúde Bucal na Atenção Básica} * 100}{\text{Total de serviços em Saúde Bucal na Atenção Básica esperados}}$
Indicador para o NASF	
Índice de atendimentos realizados pelo NASF	$\text{Média de atendimentos individuais realizados pelo NASF} \times 0,1 + \text{Percentual de atendimentos domiciliares realizados pelo NASF} \times 0,1 + \text{Percentual de atendimentos compartilhados realizados pelo NASF} \times 0,4 + \frac{\text{Percentual de atendimentos em grupos realizados pelo NASF} \times 0,4}{90,1^\Delta}$ <p>Onde Δ = valor máximo esperado</p>

Fontes dos Indicadores: Sistema de Informações em Saúde (SISAB/MS); Estimativa Populacional para TCU (IBGE); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC/MS); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS)

O conjunto de indicadores contratualizados está vinculado ao processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da equipe.

8. Atribuições da Coordenação Municipal da Atenção Básica

- 1 – Gestão da rede de APS do município de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, de forma integrada com os demais níveis de gestão da RAS;
- 2 – Cartografia da RAS e a rede intersetorial, facilitando a coordenação do cuidado com o apoio ao fluxo dos usuários pela rede de forma a promover a integralidade do cuidado;
- 3 – Ampliação da cobertura e qualificação da Estratégia de Saúde da Família;
- 4 – Apropriação dos programas e políticas federais e estaduais vinculados à Atenção Primária para fazer a adesão aos mesmos tendo em vista a necessidade e a viabilidade de implantação, acompanhando a execução destes programas e políticas através de avaliações contínuas junto aos trabalhadores e usuários;
- 5 – Elaboração de projetos para captação de recursos federais, estaduais e/ou de convênios considerando as características locais e em consonância com os programas e

políticas vinculados à Atenção Primária.

6 – Apoio à construção das políticas municipais de saúde vinculadas à APS, bem como garantir que as diretrizes para a implantação e implementação da Atenção Primária como orientadora da RAS estejam detalhadas no Plano Municipal de Saúde;

7 – Participação da construção da programação anual de saúde em APS, orientada pelas diretrizes de acessibilidade e acolhimento (porta de entrada preferencial e porta aberta); territorialização e responsabilização sanitária; vínculo e adscrição de clientela; cuidado longitudinal; coordenação do cuidado e trabalho em equipe multiprofissional. Pensando em estratégias, metas, objetivos e atores envolvidos, buscando a integração com outros setores e níveis de atenção e envolvendo os trabalhadores e o controle social;

8 – Participação na elaboração dos relatórios de gestão;

9 – Programação, acompanhamento e avaliação das atividades previstas nas legislações federal e estadual referentes ao financiamento da Atenção Primária;

10 – Auxílio à gestão municipal no processo de aplicação dos recursos da APS;

11 – Identificação, solicitação e acompanhamento da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e estrutura física das unidades básicas de saúde e o suprimento de insumos e material de consumo, com base nas demandas apontadas pelas equipes;

12 – Manutenção da composição adequada das equipes de APS de acordo com as normas vigentes, atualizando periodicamente o SCNES;

13 – Acompanhamento e alimentação das ferramentas de gestão do município e sistemas de informações relacionados à APS atrelado a uma rotina de avaliação, monitoramento, acompanhamento e planejamento das ações desenvolvidas com cada equipe;

14 - Participação no processo de pactuação dos indicadores da APS e outras áreas afins, bem como monitoramento e avaliação periódica em conjunto com as equipes e gestão municipal;

15 - Fortalecimento da gestão participativa nos espaços públicos através da Participação Popular de forma organizada e permanente, fomentando discussões sobre a Atenção Primária no Conselho Municipal de Saúde e em outros espaços de Controle Social;

16 - Ações de Educação Popular na APS, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas;

17 - Promoção ao diálogo e troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos, de modo a fortalecer a dimensão dialógica como estratégia fundamental de gestão coletiva dos processos de trabalho e organização de serviços de saúde;

18 – Conformação da Educação Permanente como estratégia para o desenvolvimento institucional, o fortalecimento do controle social e incentivo ao protagonismo de usuários, trabalhadores e gestores da saúde;

19 – Organização e manutenção da equipe de apoio institucional como dispositivo de gestão vinculado à coordenação da Atenção Primária;

20 – Integração das práticas de gestão, ações de Educação Permanente e apoio institucional e matricial às equipes de trabalhadores da Atenção Primária, valorizando o espaço do trabalho e a construção de modos de corresponsabilização;

21 – Organização de espaços permanentes de encontro entre os trabalhadores de saúde do município e destes com os gestores municipais de modo a estabelecer uma relação

democrática, cooperativa e aberta ao diálogo.

22 – Participação nos colegiados e/ou fóruns regionais periódicos da Atenção Primária.

23 – Interlocução com o TelessaúdePE/PE buscando a mobilização das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família para utilização das suas diversas ofertas;

24 – Implantação de protocolos clínicos visando o aumento da resolutividade e capacidade clínica da equipe multiprofissional de Atenção Primária/Saúde da Família, contando com o apoio de instituições de ensino e pesquisa, SES e TelessaúdePE/PE;

25 - Outras ações e atividades a serem definidas conforme prioridades locais.

9. Referências Bibliográficas

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Livreto Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei nº 8.080/90/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 284 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 27).

FIGUEIREDO, Niglio de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor. UNA-SUS | UNIFESP.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.355/GM, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 198, 11 out. 2013, p. 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.087/GM, de 01 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 170, 02 set. 2011, p. 92.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e de agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 61, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 576, de 19 de setembro de 2011. Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, conforme descrito no Anexo I; estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 181, 20 set. 2011, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 847/GM, de 30 de abril de 2009. Estabelece

prazo para que os municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados informem sua implantação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 409/SAS/MS, de 23 de julho de 2008. Institui a FCES – Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, conforme orientação de preenchimento constante no Anexo I desta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 141, 24 jul. 2008, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/SAS/MS, de 28 de março de 2008. Inclui no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 71 – Centro de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 61, 31 mar. 2008, p. 71.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria Nº 640, de 22 de novembro de 2011. Institui o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife-PE, Poder Executivo, 22 nov. 2011, p. 9.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria Nº 108, de 06 de março de 2012. Institui o Manual de Instrução para o Cálculo dos Indicadores de Desempenho Municipal da Atenção Primária. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife-PE, Poder Executivo, 06 mar. 2012, p. 11.

Disponível em:

<www.saude.gov.br/dab> Acessado em 26 jan. 2017.

<dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33> Acessado em 26 jan. 2017.

<portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher> Acessado em 26 jan. 2017.

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>> Acessado em 26 jan. 2017.

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html> Acessado em 26 jan. 2017.

<UNA-SUS/UNIFESP, Módulo Político Gestor> Acessado em 26 jan. 2017.

<<http://www.redehumanizausus.net/94453-aps-nas-ras>> Acessado em 26 jan. 2017.

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras> Acessado em 26 jan. 2017.

<dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob> Acessado em 26 jan. 2017.

<saude.gov.br/nutricao> Acessado em 26 jan. 2017.

<www2.inca.gov.br> Acessado em 26 jan. 2017.

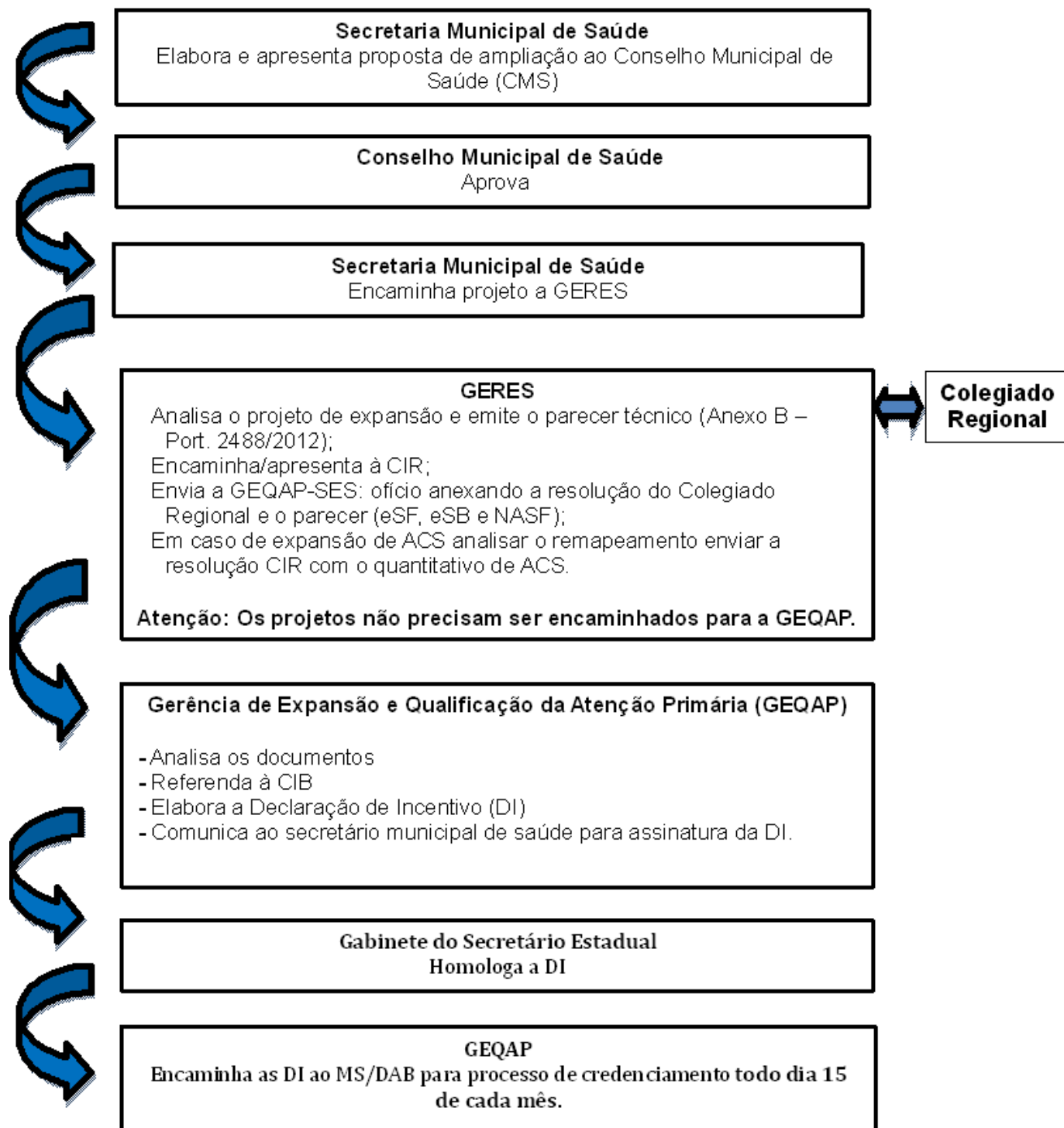
<datasus.saude.gov.br> Acessado em 26 jan. 2017.

<portalsaude.saude.gov.br> Acessado em 26 jan. 2017.
<sisprenatal.datasus.gov.br> Acessado em 26 jan. 2017.
<sipni.datasus.gov.br> Acessado em 26 jan. 2017.
<dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php> Acessado em 26 jan. 2017.
<maismedicos.gov.br> Acessado em 26 jan. 2017.
<unasus.gov.br/provab> Acessado em 26 jan. 2017.
<portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa> Acessado em 26 jan. 2017.
<dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php> Acessado em 26 jan. 2017.
<dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php> Acessado em 26 jan. 2017.
< dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php> Acessado em 26 jan. 2017.
< dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php> Acessado em 26 jan. 2017.
< portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa> Acessado em 26 jan. 2017.
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php> Acessado em 26 jan. 2017.
< dab2.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA> Acessado em 26 jan. 2017.
< maecoruja.pe.gov.br/o-programa> Acessado em 26 jan. 2017.
< portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-sanar-doencas-negligenciadas> Acessado em 26 jan. 2017.
<aplicação.saude.gov.br/sispacto> Acessado em 26 jan. 2017.
< www.seplag.pe.gov.br/web/pps/pacto-pela-saude> Acessado em 26 jan. 2017.

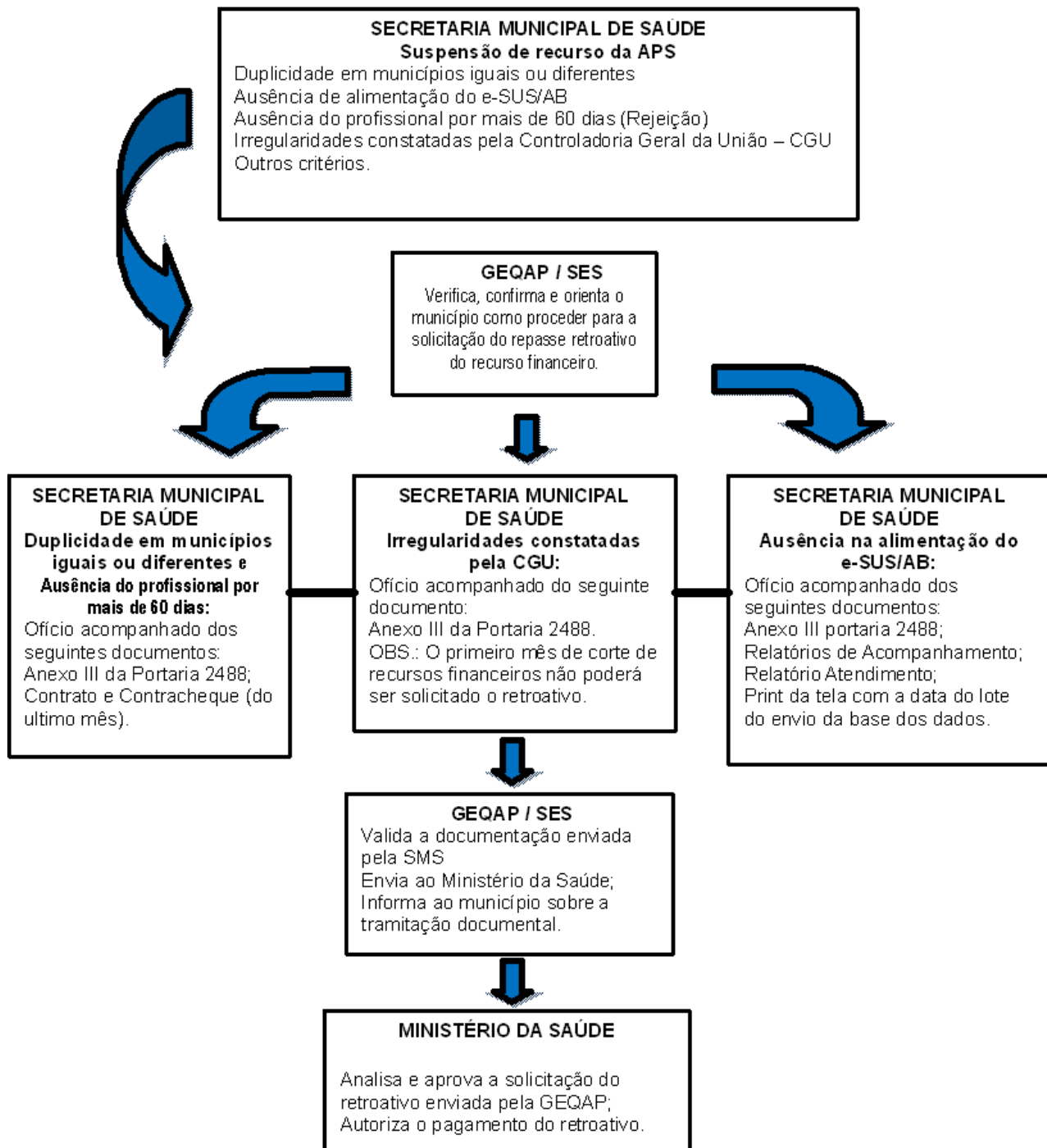
ANEXOS

Anexo 1

1. Fluxograma para Implantação/Ampliação de Equipe de Saúde da Família, ACS, Equipe Saúde Bucal e NASF I / II / III



2. FLUXOGRAMA PARA SOLICITAÇÃO DO REPASSE RETROATIVO



OBS: Toda a documentação deverá estar assinada e carimbada pelo Secretário Municipal de Saúde

Legislações da APS

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

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

PEFAP – Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária

- **Decreto nº 30.353**, de 12 de abril de 2007 - institui a política estadual de fortalecimento da atenção primária e dá outras providências.
- **Portaria Estadual Nº 640** - institui o Piso da Atenção Primária à Saúde.
- **Portaria Estadual Nº 108** - institui o Manual de Instrução para o Cálculo dos Indicadores de Desempenho Municipal da Atenção Primária.

PNH – Política Nacional de Humanização

- **Portaria Nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

PNPICS – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

- **Portaria Nº 971**, de 03 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

- **Portaria Nº 843**, de 27 de abril de 2016 - Define os recursos financeiros destinados a aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

- **Portaria Nº 710**, de 10 de junho de 1999 - Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

PSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

- **Portaria Nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006 - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- **Em maio de 2004**, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde.

Rede Cegonha

- **Portaria Nº 1.459**, de 24 de junho de 2011 - Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.
- **Portaria Nº 2.351**, de 5 de outubro de 2011 - Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.
- **Portaria Nº 650**, de 5 de outubro de 2011 - Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora

- **Portaria Nº 1.600**, de 07 de julho de 2011- Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
- **Portaria Nº 1.601**, de 7 de julho de 2011 - Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- **Portaria Nº 2.026**, de 24 de agosto de 2011 - Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
- **Portaria Nº 2.029**, de 24 de agosto de 2011 - Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS.

Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

- **Portaria n.º 793**, de 24 de abril de 2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS.
- **Portaria n.º 835**, de 25 de abril de 2012 - Institui incentivo financeiro de investimento e custeio para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS.

Rede de Atenção Psicossocial

- **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011 - dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT (republicada em 31.12.2011).
- **Portaria nº 3.089**, de 23 de dezembro de 2011 - dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS (republicada em 31.12.2011).
- **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011 - institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (republicada em 31.12.2011);
- **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012 - define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.
- **Portaria nº 132**, de 26 de janeiro de 2012 - institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial.
- **Portaria nº 131**, de 26 de janeiro de 2012 - institui incentivo financeiro de custeio

para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas. **Portaria nº 123**, de 25 de janeiro de 2012 - define critérios de cálculo de equipes de CR.

- **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2012 - define diretrizes para os Consultórios na Rua.
- **Portaria nº 121**, de 25 de janeiro de 2012 - institui Unidade de Acolhimento.

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

- **Portaria GM/MS nº 822**, de 06 de Junho de 2001. Instituir no âmbito do sistema único de saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN.
- **Portaria Nº 1.130**, de 5 de agosto de 2015 - institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PMCP - Programa Mãe Coruja Pernambucana

- **Decreto Nº 30.859**, de 04 de outubro de 2007 - Cria o Programa Mãe Coruja Pernambucana.
- **Lei Nº 13.959**, de 15 de dezembro de 2009 - Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana.

PNAISAJ – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescente e de Jovens

- **Portaria Nº 1.082**, de 23 de maio de 2014 - Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

- **Portaria Nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007 - Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde.

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

- **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014 - redefine a política nacional de promoção da saúde (PNPS).

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

- **Portaria Nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

- **Portaria Nº 992**, de 13 de maio de 2009 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

PNSPPD – Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

- **Lei Nº 7.853**, de 24 de outubro de 1989 - Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes.
- **Decreto Nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999 - Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção.
- **Portaria Nº 1060**, de 5 de junho de 2002 - institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.
- **Decreto Nº 5.296**, de 2 de dezembro de 2004 - Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

- Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011
- **Portaria Nº 254**, de 31 de janeiro de 2002 - Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

PNSI (LGBT) – Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)

- **Portaria nº 2.836**, de 1 de dezembro de 2011 - institui Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

- **Lei Nº 10.216**, de 6 de abril de 2001 Política Nacional da Saúde Mental - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

- **Decreto Nº 7.602**, de 7 de novembro de 2011 - Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.
- **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012 - Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

PNAISP – Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

- **Portaria Interministerial Nº 1**, de 2 de janeiro de 2014 - Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PNAIPDF – Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme

- **Portaria Nº 1.391**, de 16 de agosto de 2005 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

PPES – Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

- **Decreto Presidencial nº 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua.
- **Portaria n. 992**, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- **Portaria n. 1.678**, de 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra,
- **Portaria n. 2.460/GM**, de 12 de dezembro de 2005. Cria o Grupo da Terra.
- **Portaria n. 2.836**, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).
- **Portaria n. 2.866**, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).