



**Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria do Estado da Saúde
Departamento de Ações em Saúde
Coordenação Estadual da Atenção Básica**

**Principais mudanças da Política Nacional de Atenção Básica:
comparativo das Portarias 2.488/2011 e do Anexo XXII da Portaria de
Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde**

Porto Alegre, março de 2018.

Prezados gestores e trabalhadores da Atenção Básica,

este documento foi elaborado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica do Rio Grande do Sul a partir das alterações trazidas pela nova Política Nacional de Atenção Básica (Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017) em substituição à Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ele objetiva servir como fonte de consulta aos gestores municipais e equipes, auxiliando em eventuais dúvidas quanto à forma de organização das equipes, funcionamento, atribuições dos profissionais e principais mudanças trazidas pela nova Política.

Para isto, apresentamos um quadro comparativo detalhado dos pontos de maior relevância e suas alterações, dividido em quatro colunas (*O quê?*, *Portaria 2.488/2011*, *Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017* e *Observações*). Em espaços onde constam informações em apenas uma das colunas, significa que foram trechos incluídos pela nova portaria ou que eram previstos na PNAB anterior e foram retirados. As palavras ou trechos grifados em negrito chamam a atenção para as principais mudanças ou redação inédita. Salientamos que, apesar deste esforço compilatório, ele não substitui a leitura das duas portarias.

Esperamos que seja útil na organização e planejamento da Atenção Básica dos municípios do estado.

Coordenação Estadual da Atenção Básica

De acordo com o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017, todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, serão denominados **Unidade Básica de Saúde – UBS**. Tem na Saúde da Família sua **estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica**. Contudo reconhece **outras estratégias de organização da Atenção Básica** nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A nova PNAB organiza em termos de princípios e diretrizes o que a 2.488/2011 definia como “fundamentos, diretrizes e funções na rede de atenção”:

PRINCÍPIOS

a) Universalidade; b) Equidade; c) Integralidade

DIRETRIZES

a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; **d) Cuidado centrado na pessoa** (aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado); e) Resolutividade; **f) Longitudinalidade do cuidado** (pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado); g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; i) Participação da Comunidade.

O quê?	Portaria 2.488/ 2011	Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017	Observações
Responsabilidades comuns a todas as esferas de governo	XII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País*	VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros (...); XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde; XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME; XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.	*não consta no Anexo XXII.

<p>Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal</p>		<p>VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.</p>	
<p>Compete às Secretarias Municipais de Saúde</p>	<p>XIV - Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.</p>	<p>III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado; IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população.</p>	

Quanto à infraestrutura, ambiência e funcionamento da Atenção Básica: os parâmetros de estrutura devem levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação.

Tipos de unidades e equipamentos de Saúde:

- a) Unidade Básica de Saúde (UBS)
- b) Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)
- c) Unidade Odontológica Móvel (UOM)

Tipos de Equipes:

- 1 - Equipe de Saúde da Família (eSF)
- 2 - Equipe da Atenção Básica (eAB)
- 3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB)
- 4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)
- 5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)
- 6 - Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica;

Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

Toda UBS deve monitorar a **satisfação de seus usuários**, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS: identificação e horário de atendimento; mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe; identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS; relação de serviços disponíveis e detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

O quê?	Portaria 2.488/ 2011	Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017	Observações
Cobertura populacional	- Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000.	- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas.	
	- Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: população/2.400.	- Cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal: população/2.000.	
		- 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.	
Equipe de Saúde da Família (eSF)	São itens necessários à estratégia Saúde da Família: I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista	Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.	

	<p>generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.</p>		
	<p>II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.</p>	<p>O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.</p> <p>Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.</p>	
	<p>V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos (...); Dedicar no mínimo 32h para a ESF, podendo dedicar até 08h para atendimento na rede de urgência do município ou atividades de EP;</p> <p>IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais.</p>	<p>Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.</p>	<p>Carga horária médica na 2.488/11:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 02 médicos com 30h - repasse integral referente a 01 equipe ● 03 médicos com 30h - repasse integral referente a 02 equipes ● 04 médicos com 30h - repasse integral referente a 03 equipes ● 02 médicos com 20h - repasse equivalente a

			85% referente a 01 equipe <ul style="list-style-type: none"> • 01 médico com 20h repasse equivalente a 60% referente a 01 equipe (equipe transitória)
Equipe da Atenção Básica (eAB)	não previa	<p>As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.</p> <p>O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.</p>	

Equipe de Saúde Bucal (eSB)	Modalidade I - cirurgião + auxiliar Modalidade II - cirurgião + técnico + auxiliar Modalidade III - profissionais que operam em UOM	Modalidade I - cirurgião + auxiliar OU técnico Modalidade II - cirurgião + técnico + auxiliar OU técnico	
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)	Denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): a Portaria previa as modalidades e cargas horárias dos profissionais	Apresenta conceitos e competências da equipe. Agora, a equipe do Nasf-AB também pode estar vinculada às equipes de AB (parametrizadas).	
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	II -a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde.	b.o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.	
	Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.	e.cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;	
		f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico. h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.	

A PNAB de 2011 previa que o enfermeiro da EACS planejasse, coordenasse e avaliasse as ações desenvolvidas pelos ACS. Porém, a de 2017 cita a figura do “enfermeiro supervisor” vinculada ao ACS.

No item das atribuições do ACE, há a seguinte redação “**O ACS e o ACE** devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e **serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior** realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde”.

Além disto, há previsão de que enfermeiro, médico e cirurgião-dentista planejem, gerenciem e avaliem as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe.

POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

O quê?	Portaria 2.488/ 2011	Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017	Observações
ESF Ribeirinhas e Fluviais	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas: deverão prestar atendimento por no mínimo 14 dias mensais + 02 dias para registro da produção ou EP.	eSFR: prevê que poderão ser acrescentados à equipe o ACS, o ACE e os profissionais de saúde bucal. Deverão prestar atendimento por no mínimo 14 dias mensais sem previsão de tempo para EP.	
	Composição de equipe maior* em locais com grande dispersão populacional: até 12 ACS; até 04 auxiliares/técnicos de enfermagem; e 01 técnico de saúde bucal; até 02 enfermeiros.	Composição de equipe maior em locais com grande dispersão populacional: até 24 ACS; até 12 microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 auxiliares/técnicos de enfermagem; e 01 auxiliar/técnico de saúde bucal.	*com critérios de nº mínimo de pessoas vinculado.
	Equipes de Saúde da Família Fluviais: médico + enfermeiro + técnico ou aux. enfermagem + 06 a 12 ACS + técnico de laboratório	eSFF: prevê que poderão ser acrescentados à equipe o ACS, o ACE e os profissionais de saúde bucal	

	OU bioquímico.		
		Ambas (eSFR e eSFF) podem acrescentar até 02 profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.	
	<p>UBS Fluvial: deverão funcionar, no mínimo, 20 dias/mês com pelo menos uma equipe de SF. O gestor municipal deve prever tempo em solo para as atividades de planejamento e EP.</p> <p>Ambas podem incluir Equipe de Saúde Bucal modalidades I e II.</p>		
Equipe de Consultório na Rua	Prevê 30 horas semanais. Composição e atribuições regulamentadas em portarias específicas (Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012, Portaria Nº 123, de 25 de janeiro de 2012, Portaria Nº 1.922, de 5 de setembro de 2013, Portaria Nº 1.029, de 20 de maio de 2014, Portaria Nº 1.238, de 6 de junho de 2014)		
Equipe de Atenção Básica Prisional	não previa	Portaria específica (Portaria Nº 482, de 1º de abril de 2014)	

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

O quê?	Portaria 2.488/ 2011	Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017	Observações
Comuns	As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.	As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas.	
	IV - realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;	- realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, <i>na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB</i> ;	
	V - garantir a atenção à saúde buscando a integralidade (...)	V. garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade (...) e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;	
	VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;	XVI. realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;	

		XVII. realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;	
	XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;	XX. realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);	
		XI. contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica , participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos; XII. realizar a gestão das filas de espera , evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;	

		<p>XIII. prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;</p> <p>XIV. instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;</p> <p>XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;</p> <p>XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;</p> <p>XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;</p> <p>XXVI. acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.</p>	
--	--	--	--

Enfermeiro	IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;	VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;	
		III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco , de acordo com protocolos estabelecidos; IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS;	
Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem		II- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;	
Médico	II - Realizar consultas clínicas (...)	II - Realizar consultas clínicas (...) bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;	

	V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção , a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;	V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;	
		III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;	
Cirurgião-Dentista	II - Realizar a atenção em saúde bucal (...), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;	I - Realizar a atenção em saúde bucal (...) atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros) , de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas , bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;	
	III - Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em	III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal (...) e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem ,	

	saúde bucal (...) e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;	adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);	
		VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.	
Técnico em Saúde Bucal	I - Realizar a atenção em saúde bucal (...)	I- Realizar a atenção em saúde bucal (...) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros) (...) ;	
	XIV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares ;	XV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;	
		XI - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo; XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista; XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos	

		<p>equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;</p> <p>XVII - Processar filme radiográfico;</p> <p>XVIII - Selecionar moldeiras;</p> <p>XIX - Preparar modelos em gesso;</p> <p>XX - Manipular materiais de uso odontológico.</p>	
Auxiliar em Saúde Bucal	XI - Manipular materiais de uso odontológico;	X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;	
Gerente de Atenção Básica	não previa	<p>Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial.</p> <p>A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.</p> <p>Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua</p>	

		experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior.	
Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)	não previa atividades do ACE	Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas (Ver atribuições comuns)	
Agente Comunitário de Saúde	I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;	I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.	
		II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;	

		<p>V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.</p> <p>A nova PNAB prevê atribuições ao ACS a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência (ver PNAB).</p>	
	<p>III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;</p>	<p>COMUNS a ACS e ACE: VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;</p>	
	<p>VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas</p>	<p>COMUNS a ACS e ACE: II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na</p>	

	<p>nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;</p>	<p>UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;</p>	
	<p>V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;</p>	<p>COMUNS a ACS e ACE: III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares.</p>	

Sobre o processo de trabalho na Atenção Básica: amplia os conceitos de **território e territorialização**, trazendo a vigilância em saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a promoção da saúde como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e para o planejamento das intervenções em saúde. Possibilita, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que **o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura**, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

A característica de **responsabilização sanitária** coloca às equipes o desafio de trabalhar com questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, prevendo o atendimento a pessoas com residência fixa, itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

Como **porta de entrada preferencial**, a AB deve organizar o escopo de ações e processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de

encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Sobre o **acesso**, recomenda responder às necessidades de saúde da população residente e itinerante, organizando o funcionamento em horários diferenciados (estendido, aos sábados, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc).

Na característica **acolhimento**, recomenda atenção ao grau de vulnerabilidade e risco da população e especial atenção às doenças crônicas. Estabelece o acolhimento como:

- mecanismo de ampliação/facilitação do acesso: atendimento à demanda espontânea e agenda programada
- postura, atitude e tecnologia do cuidado
- dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe: exige que a equipe reflita sobre o **conjunto de ofertas** que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território.

Acolhimento com **Classificação de Risco e Estratificação de Risco** com as informações registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico). Define os desfechos do acolhimento como: 1) consulta ou procedimento imediato, 2) consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia, 3) agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território, 4) procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, 5) encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável, 6) orientação sobre territorialização e fluxos da RAS.

A **resolutividade** prevê o uso de ferramentas de **gestão da clínica** (tecnologias de microgestão do cuidado). Deve-se considerar a **clínica centrada nas pessoas**; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

As **ações de Vigilância em Saúde** estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a.vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- b.deteção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- c.vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e
- d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e **rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades**. A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

O quê?	Portaria 2.488/ 2011	Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017	Observações
Processo de trabalho (se caracteriza por)	X - desenvolver ações intersetoriais (...) integral;	XIV - desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade (...) integral;	
	XII - realizar atenção domiciliar (...) realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos .	IX - realização de ações de atenção domiciliar (...) para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade .	
		XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB , estimulando prática assistencial segura (...). XI - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde. Devem ser considerados na abordagem (...) alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável. XIX - Formação e Educação Permanente em Saúde , como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica.	

FINANCIAMENTO e CREDENCIAMENTO

O quê?	Portaria 2.488/ 2011	Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017	Observações
Federal	B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, recursos de investimento /estruturação e recursos de estruturação na implantação;	não prevê	
	E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);	IV - Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;	
	O recurso (<i>per capita</i>) será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite, e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.	O recurso per capita será transferido (...) com base num valor multiplicado pela população do Município.	

		<p>III - Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;</p> <p>Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.</p>	
<p>Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas</p>	<p>Havia previsão de duas modalidades para as equipes de saúde da família: Modalidade I e II. Também havia repasse de recursos diferenciados conforme a inserção do profissional médico nas equipes.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica.</p> <p>Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de</p>	

		Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.	
	O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com esses profissionais.	O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica.	
	Equipes do Consultório na Rua: o início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio, que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo município, do cadastramento da equipe do Consultório de Rua no sistema de cadastro nacional vigente e da alimentação de dados no sistema de informação indicado pelo Ministério da Saúde	Equipes Consultório na Rua (eCR): não consta tal orientação.	

	que comprovem o início de suas atividades.		
	NASF: o registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerará créditos financeiros.	NASF-AB: não consta esta orientação.	
Credenciamento	Projeto de implantação conforme anexo B da Portaria.	a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;	
	Para implantação e credenciamento das referidas equipes, as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal deverão: I - Analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria	II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica , deverão (...)	

	<p>Estadual de Saúde ou na instância regional.</p>		
	<p>II - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;</p>	<p>b.após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.</p>	
		<p>c.As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.</p> <p>III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária;</p> <p>IV - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s)</p>	

		equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, num prazo máximo de 4 (quatro) meses , a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.	
Solicitação de crédito retroativo dos recursos de implantação	(...) os municípios e o Distrito Federal deverão: I - Preencher a planilha constante do Anexo C a esta portaria (...)	(...) os municípios e o Distrito Federal deverão: < >- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico.	