

MANUAL DE ACOLHIMENTO AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS 2025



— A saúde é feita de —
gente que cuida de *gente*

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

EXPEDIENTE

2ª edição, Rio de Janeiro, dezembro de 2025.

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual da Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde. **Superintendência de Atenção Primária à Saúde**. É permitida a reprodução parcial desta publicação, desde que citada a fonte. Manual de acolhimento aos novos gestores: Ações da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (2025) referente à Atenção Básica.



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO



FICHA TÉCNICA

Secretária de estado de Saúde:

Cláudia Maria Braga de Mello

Subsecretário de Vigilância e Atenção

Primária à Saúde:

Mário Sérgio Ribeiro

Superintendente de Atenção

Primária à Saúde:

Halene Cristina Dias de Armada

Coordenação de Apoio à Gestão:

Fabiana Senna dos Santos

Revisão Técnica

Halene Cristina Dias de Armada

Cláudia Maria Braga de Mello

Doenças e Agravos Não

Transmissíveis (DANT)

E-mail:

dant.saps2024@gmail.com

Suzi da Silva Faria

Raquel Granja Baltar

Sandra Amorim

Residentes do Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Fiocruz - Brasília/DF

Ana Júlia Xavier Porto Praça

Clara Mendes Medeiros

Nathalia Souza Martins

Equipe de Elaboração:

Apoiadores regionais:

Any Baptista

Cristalane Carvalho de Lima

Fernando Dutra

Francisca Regilene de Sousa de Deus

José Carlos Benfica

Juliana Sobral

Nathalia Caitano Goulart

Roberta Pereira

Sandro Ribeiro

Samara Milene da Silva

Valéria Villar

Victor França

Frente e-SUS Estadual

Cíntia Lemos de Oliveira

Inácio Jhonata de Assumpção Chaves

Equipe de Apoio Administrativo

André Luiz

Beatriz Ferreira

Sônia Valéria

Cleuza Ornellas

Lindalva Barros

Fernanda Tauil

ÁREAS TÉCNICAS

Aleitamento Materno

E-mail:

aleitamento.materno.erj@gmail.com

Maria da Conceição Monteiro Salomão

Raquel Saltiel

Renata Kauffmann

Marcia Monteiro

Saete Torres

Fabiana Fialho Damas e Silva

Saúde das Crianças

E-mail:

saudecrianca.sesrj@gmail.com

Roberta Rodrigues da Costa Serra

Adriana Loureiro da Cunha

Ana Claudia Rodrigues Nogueira

Ana Cristina da Silva Wergles

Rosane siqueira Vasconcelos Pereira

Viviane Silva Pacheco

Thiago Piccoli de Souza

Saúde das Mulheres

E-mail:

saudemulher.sesrj@gmail.com

Antônio Rodrigues Braga Neto

Ana Roberta Trece Pires de Oliveira Gonçalves

Cristiane Barboza da Silva

Márcia Silva

Márcia Villela Bittencourt

Mônica da Silva Santos
Natane Cristina
Renata Alves de Lima
Rita de Cássia Paiva Rietra
Roberta Maria de Oliveira Lannes Sampaio
Cintia Rosalina Amaral Moreira

Práticas Integrativas e Complementares

E-mail:
atpicestudos@gmail.com

Nice Santos de Carvalho
Jacira Salgueiro Mello
Eneida Caruso Carvalho
Ana Maria Pereira do Couto
Elaine Maria Canella Rodrigues

Alimentação e Nutrição

E-mail:
atan.atencaobasica@gmail.com

Luciana de Almeida Pires
Laura Jane Neumann
Regiane Borges de Almeida
Aldeli Carmo
Raimunda Nocelina

Atenção Integral à Saúde do Homem

E-mail:
saudedohomem.sesrj@gmail.com

Giovani S. Dimas
Trícia Bogossian

Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência

E-mail: violencia.sesrj@gmail.com
Rejane Santos Farias
Mariângela Bessa

Saúde da Pessoa Idosa

E-mail:
idoso@saude.rj.gov.br e idoso.ses.rj@gmail.com

Leonor Gomes
Letícia Bogado
Luana Gomes
Morgana Pellacani
Quele Picoli

Saúde Bucal

E-mail:
saudebucalrestadorj@gmail.com e saudebucal@saude.rj.gov.br
Fabiana de Oliveira Dutra Teixeira
Adriana Fernandes Ferreira
Thabata Rosa Pelli
Vera Lucia dos Santos

Saúde das Populações em Situação de Rua

E-mail:
popruasesrj@gmail.com

Samara Milene

Cristalane Carvalho de Lima
Denise Nascimento

Programa Saúde na Escola

E-mail:
pse.ses@gmail.com
Ana Carolina Tavares Vieira
Vanda Aparecida Orenha
Cintia Rosalina Amaral Moreira

Saúde das Pessoas com Doença Falciforme

E-mail:
doencafalciforme.sesrj@gmail.com

Márcia Pereira Alves dos Santos
Beatriz Correa

Coordenação de Educação em Saúde

E-mail:
cedus.ses@gmail.com

Ana Caroline Medina e Silva de Almeida
Carmen Veronica Sampaio Ribeiro da Silva
Fabiane Canellas de Paula
Christiane Pedro L. dos S. Van Erven
Neyde Aparecida Ortiz Rodrigues



Sumário

APRESENTAÇÃO	11
1.1 COBERTURA POPULACIONAL E ESTIMATIVAS DE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	12
1.2 A PRODUÇÃO DA APS PÓS PANDEMIA DA COVID-19 E A AMEAÇA DAS ARBOVIROSES	16
2 - APOIO INSTITUCIONAL À GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
2.1 GRUPOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - GT APS	17
2.2 FÓRUM PERMANENTE DA APS	17
2.3 VISITAS TÉCNICAS	18
2.4 REUNIÕES TÉCNICAS PARA APOIO AOS GESTORES MUNICIPAIS	18
2.5 INTERFACES INTERSETORIAIS	19
2.6 APOIO À IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO USO DO E-SUS APS	20
2.7 SEGURANÇA DO PACIENTE	21
2.8 COMISSÃO DE COORDENAÇÃO ESTADUAL (CCE)	22
2.9 CUIDADOS PALIATIVOS	22
2.10 CONTATOS SAPS	24
3 ÁREAS TÉCNICAS	25
3.1 ALEITAMENTO MATERNO	25
3.1.1 Responsabilidades da atam:	25
3.1.2 Ações voltadas para atenção primária à saúde:	26
3.1.3 Ações voltadas para atenção hospitalar:	26
3.1.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	26
3.1.3.2 Banco de Leite Humano (Centro Especializado Responsável	

pela Coleta, Pasteurização e Controle de Qualidade do Leite Humano Ordenhado - LHO) e Postos de Coleta de Leite Humano	26
3.1.4 Proteção legal ao aleitamento materno:	26
3.1.4.1 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e Produtos de Puericultura Correlatos – NBCAL	26
3.1.4.2 Mulher Trabalhadora que Amamenta – MTA	26
3.1.5 Principais ações de mobilização social no âmbito do estado do rio de janeiro	27
3.1.5.1 Semana Mundial da Amamentação (SMAM) 1 a 7 de agosto	27
3.1.5.2 Dia Mundial de Doação de Leite Humano /Campanha de Doação do Leite Humano (19/maio)	27
3.1.5.3 Agosto Dourado - Lei nº 13.435 - de 12 de abril de 2017	27
3.1.6 Ações de educação	27
3.2 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (ATAN)	28
3.2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	28
3.2.2 Programa Bolsa Família na Saúde	28
3.2.3 Programas de Suplementação de Micronutrientes	29
3.2.3.1 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	29
3.2.3.2 Programa Nacional de Suplementação de Ferro	29
3.2.4 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na APS	29
3.2.5 Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição - FAN	29
3.2.6 Ações de Enfrentamento da Obesidade	30
3.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	30
3.3.1 Ações de apoio à implantação/implementação da PNPIC	31
3.4 SAÚDE DA CRIANÇA	31
3.4.1 Eixo Estratégico I: Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido	32



3.4.2 Eixo Estratégico II: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável	32
3.4.3 Eixo Estratégico III: Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral	33
3.4.4 Eixo Estratégico IV: Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas	33
3.4.5 Eixo Estratégico V: Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz	33
3.4.6 Eixo Estratégico VI: Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade	34
3.4.7 Eixo Estratégico VII: Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno	34
3.5 SAÚDE DAS MULHERES	34
3.5.1 Estratégias de apoio matricial e ofertas para os municípios/regiões	35
3.5.1.1 Saúde Sexual e Reprodutiva	35
3.5.1.2 Grupos Condutores Regionais da Rede Alyne	36
3.5.1.3 Fórum Perinatal	36
3.5.1.4 Comitê Estadual de Mortalidade Materna	36
3.5.1.5 Organização e aprimoramento da atenção às mulheres vítimas de violência	37
3.5.1.6 Ações de prevenção e atenção ao câncer de colo e mama	37
3.6 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	37
3.6.1 Acesso e Acolhimento	38
3.6.2 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva	38
3.6.3 Paternidade e Cuidado	38
3.6.4 Doenças prevalentes na população masculina	38
3.6.5 Prevenção de Violências e Acidentes	38

3.6.6 Informações Epidemiológicas	39
3.6.7 Promoção à Saúde	39
3.6.8 A ATAISH estimular as seguintes ações	39
3.7 SAÚDE DA PESSOA IDOSA	40
3.7.1 Ações desenvolvidas pela ATSPI	41
3.8 SAÚDE BUCAL	42
3.8.1 Atuações da Área Técnica de Saúde Bucal	42
3.9 SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME	43
3.9.1 Pontos Focais de Saúde para Doença Falciforme	46
3.9.1.1 São atribuições dos pontos focais de saúde para doenças falciformes	46
3.9.2 Assistência Farmacêutica Estratégica e Especializada na Doença Falciforme	46
3.9.3 Registro das informações em saúde para as doenças falciformes	47
3.10 SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA	47
3.10.1 População em situação de Rua e a Estratégia Consultório na Rua	47
3.10.2 Panorama das Equipes de Consultório na Rua do Estado do Rio de Janeiro	49
3.10.3 Solicitação de Equipes de Consultório na Rua	50
3.10.4 Cadastramentos dos usuários	50
3.10.5 Registro eletrônico	51
3.10.6 Área Técnica de Saúde das Populações em Situação de Rua	51
3.11 COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	52
3.11.1 Atividades da COOEDUS	52
3.11.2 São atividades educativas previstas para profissionais de saúde da APS para 2025	53
3.11.3 Participação da COOEDUS	53
3.12 NÚCLEO ESTADUAL DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ E ATENÇÃO À SAÚDE ÀS VÍTIMAS	



DE DIVERSAS FORMAS DE VIOLÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	53
3.12.1 Destaque das atribuições do Núcleo	54
3.12.2 É fundamental que gestores e profissionais de saúde tenham subsídios para:	54
3.13 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT)	55
3.13.1 Ações Propostas	56
3.13.2 Participações Estratégicas	56
3.13.3 Portarias e normativas	56
3.14 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	57
4 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	58
4.1 COFINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	58
4.1.1 Os seis componentes são:	58
4.2 COMPONENTE FIXO PARA A MANUTENÇÃO DAS EQUIPES	58
4.3 COMPONENTE VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	60
4.4 COMPONENTE QUALIDADE PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	61
4.5 COMPONENTE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PROGRAMAS, SERVIÇOS, PROFISSIONAIS E OUTRAS COMPOSIÇÕES DE EQUIPES QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	63
4.6 COMPONENTE PARA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	64
4.7 COMPONENTE PER CAPITA DE BASE POPULACIONAL PARA AÇÕES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	64
4.8 GUIA PRÁTICO DE FINANCIAMENTO NO E-GESTOR	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – COBERTURA POPULACIONAIS ESTIMADAS DE SAÚDE BUCAL NA APS POR REGIÃO DE SAÚDE (DEZ/21 – ABRIL/24) 10

Quadro 2 – Cobertura populacionais estimadas da APS por região de saúde (Dez/21 – Abr/24) 11

Quadro 3 DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS/REGIÃO DE SAÚDE QUANTO À SITUAÇÃO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO DE RUA (ECR) SEGUNDO TETO DE FINANCIAMENTO DO MS, NÚMERO DE EQUIPES IMPLANTADAS E EM PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO, RIO DE JANEIRO, 2023. 43

Quadro 4 - Valores do componente fixo para Manutenção de eSF e eAP por tipo de equipe, carga horária e estrato 53

Quadro 5 - VALORES DO COMPONENTE FIXO PARA IMPLANTAÇÃO DE ESF E EAP POR TIPO DE EQUIPE, CARGA HORÁRIA E ESTRATO 54

Quadro 6 - Valores do componente vínculo e acompanhamento territorial por tipo de equipe e classificação 55

Quadro 7 - PARÂMETRO E LIMITE MÁXIMO POR TIPO DE EQUIPE, SEGUNDO PORTE POPULACIONAL 56

Quadro 8 - Valores do componente vínculo e acompanhamento territorial por tipo de equipe e classificação 57

Quadro 9 - TEMAS A SEREM ABORDADOS PELOS INDICADORES DO COMPONENTE QUALIDADE 57

Quadro 10 - Temas a serem abordados pelos Indicadores do Componente Qualidade 60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Frentes de Trabalho. 202416

Figura 2 - Contato de todas as equipes de Apoio Regional, 2024 20

Figura 3 - Tabela de procedimentos, medicamentos e OPMS do SUS 39

Figura 4 - Guia pático de Financiamento no e-Gestor62



APRESENTAÇÃO

Sejam bem-vindos, novos Gestores(as)!

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), por meio da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), vinculada à Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS), organizou o “MANUAL DE ACOLHIMENTO AOS NOVOS GESTORES: AÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” - 2ª edição. O objetivo da iniciativa é acolher e apoiar os gestores que iniciam o trabalho no ano de 2025, visando a ampliação do acesso e qualificação das políticas de Atenção Primária à Saúde, Saúde das Mulheres, Saúde das Crianças, Saúde dos Adolescentes, Programa Saúde na Escola, Aleitamento Materno, Saúde Bucal, Saúde do Idoso, Populações em Situação de Rua, Saúde do Homem, Doença Falciforme, Alimentação e Nutrição, Práticas Integrativas e Complementares e Núcleo Estadual para Prevenção de Violência.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ter posição de centralidade na agenda das gestões municipais, executoras dos serviços, pois por princípio normativo no SUS, ela possui a função de desenvolver a coordenação do cuidado e a ordenação do sistema de saúde a partir da organização das Redes de Atenção à Saúde, de forma a atender as necessidades de saúde da população localmente.

Sendo assim, nós da SAPS/SUBVAPS/SES-RJ buscamos constantemente desenvolver o apoio institucional, matricial e técnico aos municípios.

Diante deste novo desafio, renovamos nosso compromisso, tendo como valores fundamentais a democracia, a participação, a solidariedade, a corresponsabilidade, o respeito à diversidade, a responsabilidade sanitária, a equidade e o compromisso com o SUS.

São exemplos também, o apoio ao desenho de Redes Temáticas e Linhas de Cuidados, a organização da saúde junto às nove (9) regiões de saúde para fortalecimento da resposta às demandas mais complexas, bem como a intersetorialidade, mediante diálogo com a vigilância em saúde, e outras subsecretarias.

É com grande entusiasmo que vos recebemos nesta nova etapa de liderança e responsabilidade. A atenção primária é a base de todo o sistema de saúde, e o papel de vocês é fundamental para garantir que a população fluminense receba o melhor cuidado possível.

Sabemos que muitos são os desafios, mas é recompensador ter a oportunidade de impactar diretamente a qualidade de vida de tantas pessoas, promovendo não apenas a cura, mas também a prevenção e a promoção da saúde. É um trabalho que exige empatia, visão estratégica e um comprometimento firme com a melhoria contínua. Contamos com vocês!

Halene Cristina Dias de Armada
Superintendente de Atenção Primária à Saúde

1 – BREVE PANORAMA DA APS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

1.1 COBERTURA POPULACIONAL E ESTIMATIVAS DE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A estimativa de pessoas cobertas pela Atenção Primária à Saúde (APS) é um indicador que busca representar a capacidade dos municípios de garantir acesso às ações e serviços de saúde de qualidade deste nível de atenção. Atualmente, há diferentes parâmetros populacionais de cobertura por equipe de saúde da família (eSF) ou de atenção primária (eAP), de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, variando entre 2.000 a 3.500 pessoas para as equipes do nosso Estado.

A Atenção Básica em Saúde no Estado do Rio de Janeiro desempenha um papel fundamental na organização da assistência à saúde da população. O sistema de saúde fluminense, assim como em todo o Brasil, é estruturado segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa garantir acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

No Rio de Janeiro, a Atenção Básica é frequentemente a porta de entrada para o sistema de saúde, oferecendo serviços que vão desde consultas médicas e de enfermagem até ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. As unidades de Saúde da Família (USF) são uma das principais formas de organização da Atenção Básica, focando na atenção integral e na construção de vínculos com a comunidade.

Um dos desafios enfrentados na Atenção Básica no estado é a desigualdade socioeconômica, que reflete diretamente na qualidade do atendimento e no acesso a serviços de saúde. Algumas regiões, especialmente nas áreas mais vulneráveis, apresentam dificuldades de infraestrutura e escassez de profissionais de saúde, o que pode comprometer o cuidado e a prevenção de doenças. Para enfrentar esses desafios, iniciativas têm sido implementadas, como a capacitação de profissionais, campanhas de conscientização e parcerias com organizações sociais. Além disso, a telemedicina tem sido uma ferramenta cada vez mais utilizada, especialmente após a pandemia de COVID-19, permitindo que pacientes em áreas remotas acessem serviços de saúde.

A Atenção Básica no Rio de Janeiro é, portanto, uma peça chave na promoção da saúde e na gestão do sistema de saúde estadual. É essencial que a população tenha acesso a serviços de qualidade, que levem em consideração suas necessidades específicas, contribuindo para a melhoria da saúde coletiva e qualidade de vida dos cidadãos.

A tabela abaixo, apresenta o histórico de cobertura populacional de APS e de saúde bucal na APS, entre os anos de 2021 e 2024. Quanto à cobertura de APS, observa-se uma tendência de aumento em todas as regiões, fato favorável ao desenvolvimento da saúde em todo o Estado com melhoria significativa ao acesso a assistência a este nível de atenção.



Cobertura SB 2021 - 2024		
Competência	Região de Saúde	Cobertura SB AB
ABR/2024	Baía da Ilha Grande	72,09%
DEZ/2023		72,57%
DEZ/2022		63,95%
DEZ/2021		67,20%
ABR/2024	Baixada Litorânea	53,38%
DEZ/2023		54,41%
DEZ/2022		50,81%
DEZ/2021		51,15%
ABR/2024	Centro-Sul	100,00%
DEZ/2023		100,00%
DEZ/2022		97,38%
DEZ/2021		96,96%
ABR/2024	Médio Paraíba	81,76%
DEZ/2023		84,62%
DEZ/2022		78,35%
DEZ/2021		74,63%
ABR/2024	Metropolitana II	28,08%
DEZ/2023		29,33%
DEZ/2022		26,36%
DEZ/2021		25,67%
ABR/2024	Metropolitana I	43,13%
DEZ/2023		42,81%
DEZ/2022		36,36%
DEZ/2021		35,01%
ABR/2024	Noroeste	98,63%
DEZ/2023		99,08%
DEZ/2022		97,60%
DEZ/2021		94,52%
ABR/2024	Norte	57,46%
DEZ/2023		60,73%
DEZ/2022		56,69%
DEZ/2021		56,77%
ABR/2024	Serrana	55,25%
DEZ/2023		57,79%
DEZ/2022		51,89%
DEZ/2021		49,72%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica
 Dado gerado em: 06 de Novembro de 2024 - 11:51h

QUADRO 1 – COBERTURA POPULACIONAIS ESTIMADAS DE SAÚDE BUCAL NA APS POR REGIÃO DE SAÚDE (DEZ/21 – ABRIL/24).REGIÃO DE SAÚDE (DEZ/21 – ABRIL/24).

Cobertura APS 2021 - 2024			
Região de Saúde	Competência	Cobertura APS	
Baía da Ilha Grande	04/2024	116.49%	
	12/2023	95.87%	
	12/2022	91.79%	
	12/2021	91.79%	
Baixada Litorânea	04/2024	78.62%	
	12/2023	71.68%	
	12/2022	65.95%	
	12/2021	64.44%	
Centro-Sul	04/2024	146.56%	
	12/2023	135.49%	
	12/2022	135.99%	
	12/2021	136.25%	
Médio Paraíba	04/2024	108.46%	
	12/2023	101.74%	
	12/2022	101.9%	
	12/2021	98.18%	
			
Metropolitana II	04/2024	92.78%	
	12/2023	83.08%	
	12/2022	79.31%	
	12/2021	78.57%	
Metropolitana I	04/2024	76.18%	
	12/2023	64.99%	
	12/2022	63.77%	
	12/2021	57.74%	
Noroeste	04/2024	135.49%	
	12/2023	129.22%	
	12/2022	117.51%	
	12/2021	111.01%	
Norte	04/2024	81.85%	
	12/2023	77.59%	
	12/2022	67.13%	
	12/2021	57.93%	
Serrana	04/2024	77.3%	
	12/2023	70.18%	
	12/2022	65.71%	
	12/2021	66.23%	
			

Fonte: e-Gestor Atenção Básica
Dado gerado em: 06 de Novembro de 2024 - 11:51h

QUADRO 2 – COBERTURA POPULACIONAIS ESTIMADAS DA APS POR REGIÃO DE SAÚDE (DEZ/21 – ABR/24).



A expansão da Atenção Básica à Saúde é fundamental para a melhoria do sistema de saúde como um todo e para o bem-estar da população. A atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e no gerenciamento do cuidado.

Primeiramente, a Atenção Básica proporciona um acesso mais democrático e eficaz aos serviços de saúde. Ao ampliar a cobertura, mais pessoas podem receber cuidados preventivos e acompanhamento contínuo, o que reduz a incidência de doenças e a necessidade de intervenções mais complexas e onerosas. Isso é especialmente importante em comunidades afastadas ou vulneráveis, onde o acesso a serviços especializados pode ser limitado.

Além disso, a Atenção Básica atua na formação de vínculos entre profissionais de saúde e pacientes, o que é essencial para a confiança e adesão ao tratamento. Profissionais que conhecem o contexto social e as necessidades da população podem oferecer um cuidado mais personalizado e eficaz. Essa relação humanizada também contribui para o fortalecimento do sistema de saúde, pois pacientes que se sentem acolhidos tendem a buscar atendimento preventivo com mais frequência.

Ademais, a Atenção Básica é uma estratégia importante na gestão das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Com um acompanhamento regular, é possível monitorar o estado de saúde dos pacientes, evitando complicações e hospitalizações que sobrecarregam o sistema de saúde. Isso gera uma redução significativa nos custos com saúde pública a longo prazo. Em síntese, a expansão da Atenção Básica é essencial não apenas para melhorar os indicadores de saúde, mas também para construir um sistema de saúde mais justo, eficaz e sustentável. Investir em Atenção Primária é garantir um futuro mais saudável para todas as pessoas.

Por fim, a expansão da Atenção Básica pode contribuir para a conscientização e educação em saúde da população. Quando as pessoas têm acesso a informações sobre cuidados, prevenção e estilo de vida saudável, tornam-se protagonistas na gestão de sua saúde, promovendo um ciclo virtuoso de melhoria na qualidade de vida.

Para a captação de recursos de investimento e custeio federais e estaduais para apoiar a ampliação de cobertura do seu município, é necessária a elaboração de projeto técnico para a implantação de novas equipes e tramitação pelas instâncias pertinentes. A equipe de apoiadores da SAPS/SES-RJ, encontra-se engajada para o auxílio ao gestor municipal nesse processo.

1.2 A PRODUÇÃO DA APS PÓS PANDEMIA DA COVID-19 E A AMEAÇA DAS ARBOVIROSES

As baixas coberturas de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal na APS, observadas ainda em alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro, unida com a falta de resolutividade das Unidades existentes por diversos fatores, persistem como grande desafio para a ampliação do acesso e organização do sistema de saúde em nível estadual. Com a pandemia de COVID-19 e as recentes ameaças do crescimento do número de casos e da circulação concomitante das arboviroses, este desafio se tornou ainda mais acentuado. Além das ações voltadas ao território, como a testagem extramuros atendimento a livre demanda e ações de Vigilância Epidemiológica, as Unidades de Atenção Primária à Saúde devem apresentar estrutura e processo de trabalho que consigam conjugar o diagnóstico e o acompanhamento de casos das doenças infecciosas emergentes, com as ações já inerentes às equipes de saúde da família e APS. O planejamento prévio, a capacitação das equipes, e o fornecimento de insumos estratégicos, são pilares para uma resposta eficaz às emergências em Saúde Pública, ameaças cada vez mais constantes na atualidade.

2 – APOIO INSTITUCIONAL À GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Superintendência de Atenção Primária à Saúde, por meio da Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde, desenvolve um trabalho de apoio técnico, político, e institucional, para qualificação da gestão da Atenção Primária de Saúde dos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Nesta seção serão apresentadas algumas ações estratégicas desenvolvidas pelas equipes do apoio regional, pertencente à Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde, além de outras que serão abordadas em subseções específicas.

Assim sendo, compete ao apoio regional:

- Elaborar materiais de apoio técnico para a gestão municipal e para os profissionais da APS;
- Apoiar a implementação, monitorar e avaliar o programa de cofinanciamento estadual da APS;
- Monitorar indicadores estratégicos para a APS no estado do Rio de Janeiro;
- Assessorar os municípios na elaboração de projetos para credenciamento de novos serviços de APS;
- Avaliar o impacto de políticas nacionais junto aos municípios do estado, bem como apoiar a implementação dessas nos territórios;



- Articular intra e intersetorialmente as ações relativas à APS, respeitando as especificidades locorregionais e a autonomia Interfederativa;
- Articular de forma intersetorial ações de educação permanente que promovam a capacitação dos profissionais da APS.

2.1 GRUPOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - GT APS

Os Grupos de Trabalho (GT) da APS foram instituídos formalmente em 2013, organizados regionalmente, sendo considerados estratégia central de atuação da Coordenação de Apoio à Gestão da APS junto aos municípios. As equipes de apoio à gestão coordenam os GT APS, que possuem como foco as demandas concretas e locorregionais. Busca-se a interlocução permanente entre apoiadores, coordenadores municipais e profissionais da APS. Os GT 's APS ocorrem mensalmente, podendo ocorrer encontros extraordinários, em períodos menores, de maneira presencial e/ou virtual.

Trata-se de um espaço importante de atualização nos temas da gestão, e quanto às normativas estaduais e federais, propiciam uma troca de experiência entre municípios e construção de pautas regionais para a APS. Participam dos GT's: apoiadores institucionais da SAPS (regional), coordenações municipais da APS, Comissão Intergestores Regional e apoiador COSEMS.

É importante ressaltar que o GT APS também pode ser utilizado para a discussão de estratégias para o enfrentamento em situações de emergências em saúde pública, além de pautas que seja necessária participação de áreas técnicas da SAPS.

2.2 FÓRUM PERMANENTE DA APS

O Fórum Permanente da Atenção Primária à Saúde é um espaço de comunicação e educação permanente para profissionais da área da saúde, sendo estratégico para o fortalecimento da APS no estado do Rio de Janeiro, contando como um espaço de educação permanente e de intercâmbio de experiências municipais. Estes encontros possibilitam o diálogo sobre assuntos atuais na APS e contribuem para a identificação de prioridades municipais e estadual, compartilhando saberes para uma organização competente da APS em nosso estado.

Tem como público alvo os secretários e secretárias municipais de saúde, coordenações municipais da APS, profissionais da APS dos 92 municípios, apoiadores e técnicos da SES, e representantes de instituições Acadêmicas e Controle Social. Sua periodicidade é semestral.

2.3 VISITAS TÉCNICAS

A visita técnica é uma das estratégias de apoio institucional utilizada pela Coordenação de Apoio à Gestão da APS e pelas áreas técnicas da SAPS e visa ao apoio institucional individualizado, in loco, para implementação e consolidação de ações de qualificação na APS. Permite o aprofundamento do diagnóstico da infraestrutura, dos processos de trabalho, composição das equipes e fluxos dos usuários na rede de atenção. Essa estratégia corrobora com as atribuições dos estados na Política Nacional de Atenção Básica.

As visitas técnicas possibilitam:

1. Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, qualificação da APS, ampliação e consolidação da ESF;
2. Definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da APS; e
3. Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção.
4. As visitas podem acontecer mediante demanda do município, do Ministério da Saúde ou por questões relacionadas Departamento Nacional de Auditoria do SUS - Denasus, órgão de auditoria interna do SUS. Também podem ser realizadas quando a equipe da COOGAPS ou das áreas técnicas da SAPS julgarem necessário e podem ser acompanhadas por outras áreas da SES.

2.4 REUNIÕES TÉCNICAS PARA APOIO AOS GESTORES MUNICIPAIS

As Reuniões Técnicas surgem da necessidade de aprofundar assuntos pertinentes à Atenção Primária à Saúde. As mesmas são estratégias de integração e atualização dos profissionais que atuam na gestão, sobre questões que podem ser suscitadas nos grupos de trabalho regionais ou de pautas da APS identificadas pela gestão municipal como sendo prioritárias, e que precisam de um espaço reservado de diálogo e escuta com as equipes do apoio regional e áreas técnicas.

Nesse espaço os representantes da Superintendência de Atenção Primária assumem, no primeiro momento, o papel de mediador e facilitador para que as questões sejam expostas e problematizadas com base nas diretrizes e normativas da APS, numa perspectiva de orientação técnica contextualizada com a realidade municipal.

As reuniões técnicas são agendas de trabalho com desdobramento de ações estratégias de qualificação da APS, que são monitoradas e avaliadas pela equipe de apoio e áreas técnicas, o que está contemplado como parte das competências de atuação do Estado.

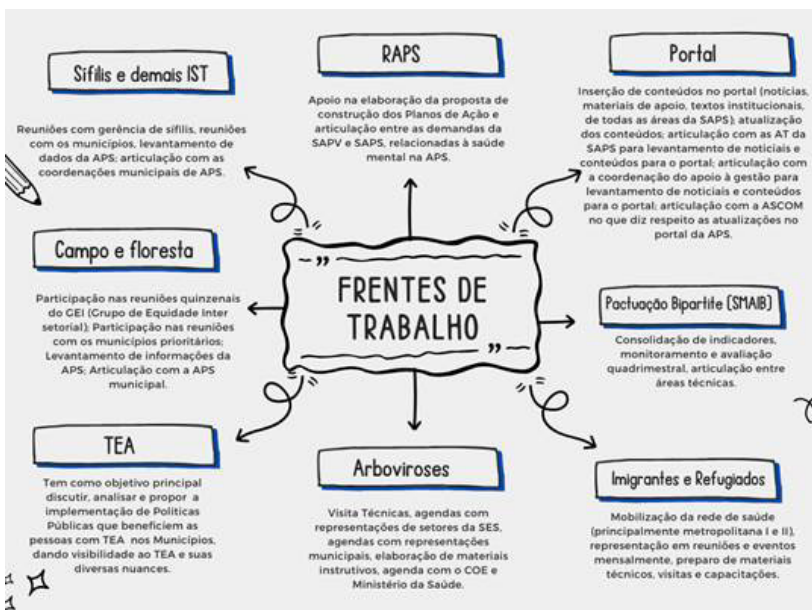
As reuniões geralmente acontecem nas dependências da Secretaria de Estado de Saúde – SES/ RJ ou no próprio município, com os responsáveis pela pauta. Embora tenham como público alvo a gestão da APS, essa ferramenta não restringe a participação de profissionais da ponta. As pautas são variadas, mas é comum, diante de uma mudança de gestão, dúvidas, dificuldades de operacionalizar algum serviço ou programa, apoio da organização de processo de trabalho e financiamento.

2.5 INTERFACES INTERSETORIAIS

O apoio regional ainda está ligado à 19 frentes de trabalho que fazem interfaces com outras gerências da Secretaria Estadual de Saúde, conforme apresentado na figura abaixo.

Figura 1 – Apresentação das Frentes de Trabalho das equipes de apoio regional da Superintendência de Atenção Primária da SES RJ 2024.





2.6 APOIO À IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO USO DO E-SUS APS

A Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SUBVAPS/SES-RJ) oferta capacitações voltadas para a qualificação da gestão municipal (referências técnicas municipais do e-SUS APS) na implantação e uso do sistema, além de possibilitar o agendamento de reuniões técnicas e capacitações de coordenação da APS e profissionais, junto à equipe de referência estadual do e-SUS.

Para solicitar agendamento de reuniões ou capacitações, envie um email explicando a necessidade do seu município para o e-mail da equipe de apoio institucional da sua região e será enviado um forms para preenchimento. Em seguida, enviaremos as datas disponíveis.

Caso precise de contato imediato com a equipe estadual de referência para esclarecer dúvidas sobre o uso do sistema, entre em contato por meio do telefone (21) 3385-9896.



2.7 SEGURANÇA DO PACIENTE

O conceito Segurança do Paciente, é definido como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Esse tema que antes era discutido somente em âmbito hospitalar, passa a ser reconhecido como uma prática importante em todos os níveis de Saúde.

Estudos realizados, apontam a relevância de se colocar em prática a cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo ela o primeiro contato do usuário na Rede, onde se trabalha essencialmente a prevenção e promoção à saúde.

A segurança do paciente na APS é um aspecto fundamental para garantir a qualidade do atendimento e a prevenção de danos. Na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, na Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde, existe a Assessoria Técnica de Segurança do Paciente, na qual comitês e subcomitês estão alocados e realizam estudos, bem como elaboram ações e estratégias para o desenvolvimento da Segurança do Paciente nos territórios. A Superintendência de Atenção Primária à Saúde, junto com Assessoria Técnica supracitada, construíram um Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, o qual visa fundamentar os temas mais importantes desse assunto dentro desse nível de atenção à saúde.

Além do exposto acima, o Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, sinaliza a importância da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local. Os NSP devem adotar como princípio e diretrizes: melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e integração dos processos de gestão de risco e garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

A superintendência de Atenção Primária à Saúde, nas áreas técnicas da Coordenação do Ciclo de Vida e da Coordenação do Apoio Institucional, discute e estimula a execução de boas práticas junto às Coordenações de Atenção primária e Áreas Técnicas municipais, nos grupos de trabalho, reuniões técnicas, visitas técnicas, fóruns, capacitações e elaboração de materiais técnicos.

A segurança do paciente na atenção primária não é apenas uma responsabilidade ética, mas também uma questão estratégica que impacta diretamente a eficácia do sistema de saúde e a experiência do paciente. Em razão disso, compreende-se a relevância dos Gestores de Saúde na abordagem do tema nas discussões locais e na elaboração de atividades que desenvolvam a prática da cultura de segurança do paciente entre os profissionais, equipes e Unidades de Saúde no território.

2.8 COMISSÃO DE COORDENAÇÃO ESTADUAL (CCE)

O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê a reorganização da oferta de novas vagas de graduação e residência médica, para qualificar a formação desses profissionais.

Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, e também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS.

Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

A Superintendência de Atenção Primária à Saúde da SES/RJ coordena a Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos (CCE Mais Médicos). A CCE Mais Médicos é instância de coordenação, orientação das atividades necessárias à execução do programa no âmbito do Estado e de natureza permanente e tem por finalidade atuar na gestão política, administrativa e pedagógica das ações, projetos e programas vinculados ao programa.

2.9 CUIDADOS PALIATIVOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado por Atenção Primária à Saúde (APS), conectadas a outros níveis de atendimento, formando assim uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). A APS representa o primeiro nível da RAS e serve como porta de entrada para o sistema. Ela se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, que incluem promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

O aumento significativo da população idosa em comparação com o número de crianças tem contribuído para um crescimento nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), gerando discussões sobre a importância de priorizar os cuidados paliativos (CP) nos modelos de saúde. No Brasil, o movimento em prol dos cuidados paliativos tem crescido, especialmente em função das mudanças demográficas e epidemiológicas. O envelhecimento progressivo da população nos próximos vinte anos foi destacado em um estudo sobre



Indicadores Sociodemográficos Prospectivos para o Brasil de 1991 a 2030. A Política Nacional de Humanização enfatiza a importância de reconhecer as necessidades sociais em saúde. Assim, para aplicar esses princípios, é essencial integrar os Cuidados Paliativos na Atenção Primária. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidado Paliativo é:

Cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo do cuidado paliativo é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores.

Os cuidados paliativos consistem em práticas destinadas a melhorar a qualidade de vida dos pacientes, focando na prevenção e alívio do sofrimento. Isso envolve identificar precocemente suas necessidades e tratar a dor, bem como os problemas físicos, psicossocial e espiritual, com uma abordagem sensível e acolhedora.

No Brasil, conforme a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), até 2018, havia 177 serviços de CP disponíveis. Esses cuidados podem ser oferecidos a qualquer pessoa, crianças, adultos ou idosos que tenham doenças crônicas ou potencialmente fatais. A APS não deve fornecer cuidados domiciliares, mas sim oferecer suporte aos pacientes e suas famílias, incluindo a capacitação dos familiares. Assim, os programas de CP podem englobar assistência domiciliar, ambulatorial, serviços de emergência e internação hospitalar, além de atividades de treinamento, pesquisa, ensino, consultoria e apoio ao luto. Portanto, a APS assume um papel central na coordenação dos CP. A avaliação holística e a implementação dos CP devem começar precocemente, não apenas nos estágios finais da vida. Acredita-se que a APS desempenha um papel crucial nesses contextos, além de facilitar a transição entre os cuidados secundários/terciários e o atendimento domiciliar.

2.10 CONTATOS SAPS

CONTATOS

Equipe de Apoio Regional

Baía da Ilha Grande e Metropolitana I

Baixada Litorânea e Metropolitana II

Centro Sul e Médio Paraíba

Noroeste e Norte

Serrana

E-mail

metro1big.sab@gmail.com

metro2ebl.sab@gmail.com

centrosulmedioparaiba.sab@gmail.com

nortenorooestesab@gmail.com

serrana.sab@gmail.com

Apoio Administrativo

SAPS

e-SUS APS

E-mail

saps.svaps@saude.rj.gov.br

esus.sapsrj@gmail.com

Telefone SAPS: (21) 3385-9886.

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Figura 2 - Contato de todas as equipes de Apoio Regional, 2024.



3 ÁREAS TÉCNICAS

3.1 ALEITAMENTO MATERNO

A Área Técnica de Aleitamento Materno/SAPS/SUBVAPS/SES-RJ (ATAM) trabalha em uma potente articulação com o Grupo Técnico Interinstitucional de Aleitamento Materno (GTIAM), que exerce uma função deliberativa e fiscalizadora, oficializada pela Resolução SES/RJ 1.153, de 20/04/2015, e com uma Comissão Estadual de Bancos de Leite Humano (CEBLH), oficializada pela Resolução SES/RJ 2.531, de 08 de setembro de 2004. A ATAM tem como missão: fortalecer a Política Estadual, em conformidade com a Nacional, e realizar ações voltadas para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) no estado do Rio de Janeiro. Seu objetivo é aumentar a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), nos primeiros 6 meses de vida, e do Aleitamento Materno (AM) com alimentação complementar, após 6 meses até 2 anos de vida ou mais.

3.1.1 Responsabilidades da atam:

Coordenar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações estabelecidas pela Política Estadual, em parceria com o GTIAM, sendo esta uma estratégia importante de gerenciamento; Prestar cooperação técnica aos municípios, visando à implantação e implementação da Política e suas ações; Promover, na esfera de sua competência, articulação com os diversos setores e instituições envolvidos com esta temática, governamentais ou não governamentais, em busca de parcerias que favoreçam a implementação desta Política como estratégia importante de gerenciamento (por exemplo, GTIAM e CEBLH); Capacitar profissionais de saúde (multiplicadores, facilitadores, tutores e avaliadores das estratégias), a fim de difundir conhecimentos relacionados ao AM para profissionais de saúde, educação e outros, além da população em geral;

Realizar ou apoiar seminários comemorativos: Dia Mundial de Doação de Leite Humano, Semana Mundial de Aleitamento Materno e agosto Dourado; Indicar profissionais de saúde, credenciados como avaliadores, para as pré-avaliações e avaliações globais das maternidades e unidades de atenção primária que buscam certificação como Hospital Amigo da Criança e Unidade Básica Amiga da Amamentação; Incentivar as empresas a implantarem as salas de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, indicando tutores credenciados para acompanhar o processo; Participar dos eventos comemorativos e das certificações citadas como representantes da SES/RJ; Acompanhar e analisar indicadores pactuados com os municípios para o monitoramento das práticas e avaliação do impacto do AM na saúde.

3.1.2 Ações voltadas para atenção primária à saúde:

Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação – Resolução SES Nº 2673/2005. - Objetivo: Mobilizar funcionários de unidades básicas para que pratiquem condutas e rotinas adequadas à amamentação e orientar e apoiar gestantes e nutrízes para praticarem o AME por 6 meses e o AM continuado por 2 anos ou mais.

3.1.3 Ações voltadas para atenção hospitalar:

3.1.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Portaria MS/GM nº 1153, de 22 de maio de 2014. - Objetivo: Mobilizar gestores e funcionários dos hospitais para que adotem rotinas adequadas à prática da amamentação

3.1.3.2 Banco de Leite Humano (Centro Especializado Responsável pela Coleta, Pasteurização e Controle de Qualidade do Leite Humano Ordenhado - LHO) e Postos de Coleta de Leite Humano

Fornecer leite humano pasteurizado aos prematuros e recém-nascidos de baixo peso ao nascer ou doentes, internados em unidades hospitalares e prestar assistência às mães doadoras e às mães com dificuldade na amamentação.

3.1.4 Proteção legal ao aleitamento materno:

3.1.4.1 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e Produtos de Puericultura Correlatos – NBCAL

Lei Federal nº 11.265/2006 e Decreto nº 9.579/2018. - Objetivo: Proteger o aleitamento materno do marketing das indústrias.

3.1.4.2 Mulher Trabalhadora que Amamenta – MTA

A ATAM participa da organização do curso de tutores das salas de apoio à mulher trabalhadora que amamenta, em parceria com o MS, acompanha o processo de implantação das mesmas, através do tutor capacitado e indicado pela SES, alimenta o sistema do MS com as propostas das empresas solicitantes (públicas ou privadas) e participa das certificações do MS. Tem papel importante no incentivo às empresas privadas a aderirem ao projeto de EMPRESA CIDADÃ - LEI Nº 11.770, DE 9 DE SETEMBRO DE 2008.



3.1.5 Principais ações de mobilização social no âmbito do estado do rio de janeiro

3.1.5.1 Semana Mundial da Amamentação (SMAM) 1 a 7 de agosto

O Seminário Estadual da Semana Mundial de Aleitamento Materno tem como objetivo reunir profissionais de saúde, educação e meios de comunicação dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro para discutir o tema do ano, definido pela WABA, órgão internacional pró amamentação, como forma de unificar as comemorações em todo o mundo.

3.1.5.2 Dia Mundial de Doação de Leite Humano /Campanha de Doação do Leite Humano (19/maio)

Em alusão ao Dia Mundial de Doação de Leite Humano, anualmente é realizado um seminário estadual que objetiva reunir profissionais de saúde dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro como estratégia de sensibilização, mobilização e divulgação das ações dos Bancos de Leite Humano, como também para o incentivo ao aleitamento materno, e, especialmente, a doação de leite humano.

3.1.5.3 Agosto Dourado - Lei nº 13.435 - de 12 de abril de 2017

Estratégia nacional de promoção do aleitamento materno durante todo o mês de agosto.

3.1.6 Ações de educação

- Cursos: Multiplicadores das Iniciativas: IHAC, IUBAAM e Curso de Avaliadores: IUBAAM;
- Curso de monitoramento da NBCAL, em parceria com o MS e IBFAM;
- Oficina de Aconselhamento em Amamentação e Frênulo lingual;
- Seminários: Dia Mundial de Doação de Leite Humano e Semana Mundial de Aleitamento Materno;
- Reuniões: GTIAM (mensais) e CEBLH (bimensais);
- Encontros de Avaliadores e multiplicadores da IUBAAM e IHAC.

3.2 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (ATAN)

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) apoia os municípios na gestão das ações de Alimentação e Nutrição, conforme as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (PNAN).

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf).

As estratégias de alimentação e nutrição somam diversas ações e desafios da organização e cuidado no SUS, destacando-se a insegurança alimentar expressa nas múltiplas formas de má nutrição (excesso de peso, desnutrição, deficiência de micronutrientes e DCNT).

Colocam a Atenção Primária à Saúde como fundamental, com o trabalho multidisciplinar e o apoio matricial dos nutricionistas primordiais para o sucesso das atividades ofertadas. A ATAN realiza encontros regionais sobre temáticas, reuniões de monitoramento, apoio individual à gestão municipal, pesquisas e processos de educação permanente. Das ações desenvolvidas, destacam-se:

3.2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional

Trata-se do acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar da população segundo o ciclo de vida, sendo possível realizar a atenção nutricional e organização do cuidado individual e coletivo da população, além das atividades de promoção da saúde, com os registros dos dados devendo ser lançados nos Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), estratégia e-SUS APS e no Sistema Bolsa Família na Saúde.

Mais informações em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>

3.2.2 Programa Bolsa Família na Saúde

O Programa Bolsa Família envolve as políticas de Assistência Social, Educação e Saúde, visa a interrupção do ciclo intergeracional da pobreza e promover acesso a direitos sociais. Sua implementação é pautada por compromissos entre o governo e beneficiários, com condicionalidades. Na saúde, o público-alvo e as condicionalidades são:

- Crianças (0 -7 anos): Vacinação e Estado Nutricional;
- Gestantes: Pré-Natal em dia.

Mais informações em: <https://bfa.saude.gov.br/documentos>



3.2.3 Programas de Suplementação de Micronutrientes

O Programa visa a prevenção e controle dos agravos nutricionais de crianças e/ou gestantes, para a profilaxia de deficiências de micronutrientes mais prevalentes na nossa população. Destacamos a seguir dois programas:

3.2.3.1 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Suplementação semestral de megadoses de vitamina A, conforme a dosagem por faixa etária.

3.2.3.2 Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Suplementação de ferro para crianças e ferro e ácido fólico para gestantes e puérperas.

- Público-alvo: Crianças de 6 a 24 meses, gestantes, puérperas (inclusive pós-abortamento).

Mais informações em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTAxOTk%2C>

3.2.4 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na APS

Essa abordagem deve fazer parte de todas as ações de alimentação e nutrição, em um conceito ampliado de atenção nutricional, com destaques para as pautas sobre Direito Humano à Alimentação, Segurança Alimentar e Nutricional e para a classificação dos alimentos por nível de processamento (in natura, minimamente processados, processados e ultraprocessados).

Mais informações em:

- <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njg5NTE%2C>
- <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njg5NTA%2C>

3.2.5 Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição - FAN

Recurso financeiro de custeio do Ministério da Saúde, que habilita Estados, Distrito Federal e Municípios ao recebimento do incentivo financeiro para promoção da equidade na organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde, com base na Política Nacional de Alimentação e

Nutrição(PNAN) e de acordo com os critérios quanto ao porte populacional, Índice de Vulnerabilidade Social e frequência de má nutrição.

Mais informações em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njg5MzE%2C>

3.2.6 Ações de Enfrentamento da Obesidade

São várias ações desenvolvidas tais como: a) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; b) Vigilância Alimentar e Nutricional e c) Organização da atenção por meio da Linha de Cuidado de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade (LCSO), processo que teve início em 2023 com oficinas realizadas pelo Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Ouro Preto, apresentação na Câmara Técnica da Secretaria Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regionais (CIR) e reuniões técnicas regionais conduzidas pela ATAN. <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/areas-tecnicas/alimentacao-e-nutricao>

3.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares – ATPIC, da SAPS/SVAPS/SES-RJ tem o papel de apoiar e estimular a implantação e a implementação das práticas integrativas e complementares, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Considera a integração destas práticas no SUS como ferramentas do cuidado em saúde e ampliação das opções

terapêuticas, de forma a contribuir com a promoção e prevenção à saúde, segundo as necessidades de saúde dos usuários.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, aprovada pela Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006, instituiu novas possibilidades de abordagens das linhas de cuidado em saúde. Abrangendo as seguintes práticas: Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Termalismo e Antroposofia. Posteriormente, a Portaria Nº 849, 27/03/2017 incluiu 14 PICs: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

Em 2018, a Portaria Nº 702, de 21 de março incluiu mais 10 PICs: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais. Atualmente a PNPIC abrange 29 práticas. As PICs também possuem interlocução com as linhas de cuidados nos diferentes ciclos de vida e podem ser integradas nos níveis de atenção secundária e terciária, mas com maior ênfase para implantação e implementação na atenção primária à saúde.



Sendo assim, cabe enfatizar que a PNPIC, como política pública de promoção da saúde, pode contribuir tanto para o enfrentamento de diversos agravos à saúde, quanto para complementar diretrizes de prevenção, tratamento e reabilitação na linha de cuidados dos diferentes ciclos de vida. Em consonância com outras iniciativas da Atenção Primária à Saúde, a oferta de ações PICS, amplia a carteira de serviços do SUS à população brasileira e colabora com a implementação da integralidade, universalidade e equidade em saúde no SUS.

3.3.1 Ações de apoio à implantação/implementação da PNPIC

A Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares desenvolve ações importantes no que diz respeito ao apoio à implantação/implementação da PNPIC. Destacamos a seguir algumas ações estratégicas:

- Implantar e implementar as PICS nos municípios do ERJ, considerando a rede de apoio disponível no município e região de saúde e de acordo com as necessidades locais;
- Apoiar tecnicamente os gestores e profissionais de saúde para a qualificação dos registros em saúde e do processo de trabalho das ações e serviços em PICS;
- Realizar diagnóstico situacional das PICS para monitorar o desempenho das ações PICS no ERJ, de acordo com Indicador PIC/SAPS/SVAPS/SES, instituído em janeiro de 2024;
- Promover articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional para efetivação da PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;
- Implementar diretrizes de educação permanente em consonância com a realidade local;
- Manter articulação com os municípios para apoio à implantação e acompanhamento das ações;
- Divulgar a PNPIC no âmbito do SUS.

Deste modo, a Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares – ATPIC, em ação conjunta com os municípios, contribui para o fortalecimento das ações em saúde na Atenção Primária.

3.4 SAÚDE DA CRIANÇA

A Área Técnica de Saúde da Criança/SAPS/SUBVAPS/SES-RJ tem como objetivo implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. A PNAISC visa promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno,

mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, tendo como objetivo a redução da morbimortalidade e promoção de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A ATSC atua a partir dos eixos estratégicos da PNAISC, organizados por meio de ações, iniciativas e estratégias para sua implementação:

3.4.1 Eixo Estratégico I: Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido

- Acompanhamento e monitoramento sistemático de todo processo da Triagem Neonatal, por meio de relatórios de indicadores fornecidos pelo SRTN e e-mails de convocação;
- Mediação do SRTN junto ao Ministério da Saúde, Serviços Especializados e municípios;
- Elaboração e utilização de um formulário mensal como ferramenta para o monitoramento do programa e canal direto de comunicação com os gestores municipais, com objetivo de identificar as demandas necessárias de intervenção junto ao SRTN ou ao próprio município;
- Utilização de canais de comunicação por e-mail, telefone e grupos de WhatsApp, além de reuniões periódicas;
- Realização de visitas técnicas nos municípios e serviços de referência;
- Apoio ao SRTN na promoção de treinamentos para coleta do Teste do Pezinho para colaboradores dos municípios;
- Apoio e promoção de Cursos do Método Canguru para a Atenção Básica, a fim de compartilhar com a Atenção Hospitalar o acompanhamento de recém nascidos oriundos das Unidades Neonatais.

3.4.2 Eixo Estratégico II: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável

- Apoio às ações do aleitamento materno e alimentação complementar saudável junto ao Grupo Técnico Interinstitucional de Aleitamento Materno (GTIAM) e às demais estratégias realizadas com os municípios como os cursos de: Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), Aconselhamento em Amamentação, entre outros.



3.4.3 Eixo Estratégico III: Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral

Entre as ações estratégicas, o Ministério da Saúde vem se responsabilizando pela disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança, com atualização periódica de seu conteúdo, a todas as crianças nascidas nas maternidades públicas e privadas do país. A liberação da cota para cada município é realizada semestralmente. Os municípios são informados por e-mail e em CIB para retirada da mesma, mediante agendamento prévio, na Coordenação Geral de Armazenagem (CGA), localizada na R. Dr. Luiz Palmier, 762 - Barreto, Niterói.

- Apoio na realização de Capacitação do Crescimento e Desenvolvimento Integral com base na Caderneta da Criança;
- Participação de oficinas de treinamento para o correto preenchimento das cadernetas pelos profissionais da AB.

Para acessar as Cadernetas da Criança:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf

3.4.4 Eixo Estratégico IV: Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas

Realização de eventos para qualificar o atendimento de crianças usuárias da atenção básica e evitar possíveis encaminhamentos aos especialistas. É importante que todos os profissionais da APS estejam qualificados para a atenção às crianças, com destaque para os Manuais da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Criança no Estado do Rio de Janeiro. Procure a CIES e busque o multiplicador de sua região/município para providenciar novas capacitações.

3.4.5 Eixo Estratégico V: Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz

Entre as ações estratégicas, destacam-se: fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”; articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e o

apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

3.4.6 Eixo Estratégico VI: Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade

Entre as ações estratégicas, destacam-se: articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

3.4.7 Eixo Estratégico VII: Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno

Destaca-se a vigilância do óbito infantil, fetal e materno como uma estratégia importante para a gestão e para a clínica;

- É de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe de Atenção Básica.
- Contribui para o monitoramento da mortalidade infantil e fetal, para a melhoria dos registros dos óbitos;
- Orienta as ações de intervenção para a prevenção de óbito;
- Subsidiar a avaliação e ação sobre o contexto social e econômico da família e possibilita a avaliação das ações e dos serviços de saúde, contribuindo no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos.

3.5 SAÚDE DAS MULHERES

A Área Técnica de Saúde das Mulheres/SAPS/SUPAPS/SES-RJ (ATSM) tem como objetivo central o desenvolvimento e monitoramento de ações voltadas para a prevenção de agravos e a promoção da assistência humanizada às mulheres residentes no Estado, em seus diferentes momentos do ciclo de vida. Tendo como diretriz uma concepção ampliada da saúde, a ATSM busca desenvolver suas ações segundo a compreensão de que as condições de renda e trabalho das mulheres, a desigualdade de gênero e o racismo estrutural, além da organização da rede de saúde no Estado, são determinantes de saúde e devem ser consideradas no planejamento e qualificação das ações de saúde.



A partir dessa perspectiva e da análise dos dados epidemiológicos do Estado do Rio de Janeiro, a ATSM estabeleceu como uma de suas prioridades o enfrentamento da mortalidade materna. Nos últimos 5 anos, o Estado registrou 924 óbitos maternos, chamando atenção a elevação da morte materna durante a pandemia de covid-19, onde se observou uma fragilidade na linha de cuidado à saúde da mulheres, em geral, como também na rede de atenção materno-infantil, em particular. Nesse sentido, torna-se fundamental o fortalecimento e a reorganização dos serviços de saúde para a garantia dos direitos das mulheres na perspectiva da saúde, fomentando-se a saúde sexual e reprodutiva, o acesso ao planejamento reprodutivo, qualificação da atenção pré-natal, aprimoramento da qualidade do atendimento ao parto, nascimento e puerpério, na lógica das práticas clínicas baseadas em evidências e na segurança do paciente. Para tal, é fundamental o desenvolvimento de estratégias que promovam a aproximação entre os pontos de atenção da Rede de Atenção e ampliando a continuidade do cuidado desde a Atenção Primária à Saúde, articulando com a Atenção Hospitalar (Atenção Terciária), garantindo-se o retorno a APS e a longitudinalidade do cuidado.

Outro campo de ação, por sua magnitude, é a organização da atenção às mulheres vítimas de violência, incluindo a garantia do acesso à rede de serviços de atendimento à violência sexual e ao

abortamento previsto em Lei. Nesse sentido há de salientar a especial atuação do Núcleo Estadual de Atenção e Prevenção às Violências (NESPAV), cuja articulação com a ATSM é permanente.

Considerando os desafios para a qualificação de saúde da mulher do Estado do Rio de Janeiro, em especial após o período pandêmico da covid-19, para a organização dos serviços, não se esquecendo das consequências sociais e econômicas para as mulheres após a pandemia, todas essas frentes de trabalho precisam ser reforçadas.

3.5.1 Estratégias de apoio matricial e ofertas para os municípios/regiões

3.5.1.1 Saúde Sexual e Reprodutiva

A ATSM atua apoiando tecnicamente os municípios para o diagnóstico e planejamento das ações para a garantia ao acesso desses serviços, bem como no processo de habilitação dos Equipamentos de saúde que ofertam os métodos contraceptivos definitivos - laqueadura tubária e vasectomia - conforme o fluxo exposto na Deliberação CIB-RJ nº 5.570, de 08 de novembro de 2018. Esses serviços podem ser ofertados em hospitais e maternidades municipais e/ou conveniadas e são remunerados pela tabela do SUS, desde que o município receba a habilitação para os procedimentos.

Vale salientar que a ATSM monitora a utilização e acesso ao Dispositivo Intra Uterino (DIU) de cobre nos Municípios e apoia a articulação dos territórios para acesso a outros métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCS), como o implante subdérmico, o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, os quais são ofertados mediante sistema de regulação estadual.

3.5.1.2 Grupos Condutores Regionais da Rede Alyne

O planejamento e o monitoramento das ações relacionadas à atenção às mulheres e todas as pessoas que gestam durante o ciclo gravídico puerperal se estruturam nos espaços dos Grupos Condutores Regionais.

Os grupos constituem campo de interlocução entre as coordenações de saúde da mulher, APS e dos serviços de obstetrícia de todos os municípios da região e de representantes do Estado. O monitoramento contempla a identificação dos desafios e limites das ações de saúde sexual e reprodutiva, do acesso e da qualidade dos serviços de pré-natal de risco habitual e de alto risco, bem como do acesso e utilização dos serviços hospitalares de atenção ao parto e nascimento.

A participação sistemática da ATSM visa munir os integrantes com a atualização de protocolos técnicos e o apoio à articulação dos diferentes gestores e serviços, de forma a facilitar o diagnóstico e o planejamento regional da linha de cuidado à gestação, parto e nascimento, na perspectiva da gestão clínica baseada em evidências e segurança do paciente. Todos os municípios devem indicar representantes para esse importante espaço de gestão.

3.5.1.3 Fórum Perinatal

Trata-se de um espaço potente de articulação entre ATSM, gestão municipal, trabalhadores dos serviços de saúde, conselhos profissionais, usuários, segmento do judiciário e sociedade civil, para discussão de temas importantes para a saúde das mulheres em suas diferentes interfaces dos ciclos de vida. Constituído na Região Metropolitana I e II, a previsão da ATSM é de ampliação para as demais regiões do estado.

3.5.1.4 Comitê Estadual de Mortalidade Materna

É o Comitê Estadual um organismo de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial, que visa a analisar todos os óbitos maternos e óbitos de Mulher em idade fértil (MIF), apresentando medidas de intervenção dentro do itinerário terapêutico da assistência às pessoas que gestam. Representa um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde das mulheres.



3.5.1.5 Organização e aprimoramento da atenção às mulheres vítimas de violência

A atuação da ATSM junto ao Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Cultura de Paz e Atenção às Pessoas em Situação de Violência possibilita o desenvolvimento de ações de apoio aos municípios para a organização da atenção às mulheres vítimas de violência.

3.5.1.6 Ações de prevenção e atenção ao câncer de colo e mama

O monitoramento do Plano de Atenção Oncológica do Estado em relação à linha de cuidado do câncer de colo e mama também compõem parte das atribuições da ATSM.

Entre as ações estratégicas, destacam-se:

- Apoiar municípios no desenvolvimento de ações para o aumento da cobertura do citopatológico;
- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias para a ampliação da oferta de mamografias para a faixa etária de 50 a 69 anos;
- Fomentar a aproximação dos municípios contratantes com os laboratórios contratados visando à qualificação da prestação desse serviço;
- Apoiar os gestores municipais na implantação e utilização dos sistemas de informação SISCAN (Sistema de Informação do Câncer de Colo e Mama), que monitora as ações relacionadas à detecção precoce e à confirmação diagnóstica de neoplasias malignas de colo do útero e de mama.

A ATSM vem fomentando a adesão ao SISCAN a todos os municípios do Estado. A análise qualitativa e quantitativa dos dados dos sistemas de informação também podem ser encontrados nos seguintes sistemas de informação: e-SUS, SIM, SINASC, AIH, SIA, SisPPI e IBGE. Ademais, consideramos de valor o painel Monitora RJ, página vinculada ao Centro de Inteligência em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

3.6 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

O Brasil é o único país da América Latina com uma política de saúde específica para a população masculina: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O objetivo da PNAISH é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, abordando de maneira abrangente os fatores de risco e vulnerabilidades

associados. Através da promoção do acesso a serviços de saúde abrangentes e ações preventivas, a política busca também reconhecer e respeitar as diversas manifestações de masculinidade.

Para alcançar seu objetivo, a PNAISH deve ser desenvolvida a partir de cinco (5) eixos temáticos:

3.6.1 Acesso e Acolhimento

Objetiva reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados e acesso à saúde.

3.6.2 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

Promove a abordagem às questões sobre a sexualidade masculina, nos campos psicológico, biológico e social. Busca respeitar o direito e a vontade do indivíduo de planejar, ou não, ter filhos.

3.6.3 Paternidade e Cuidado

Busca sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a sociedade em geral sobre os benefícios da participação ativa dos homens no exercício da paternidade em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus (suas) filhos (as), destacando como esta participação pode contribuir a saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (seus) parceiras (os).

3.6.4 Doenças prevalentes na população masculina

Reforça a importância da atenção primária no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade dos cuidados necessários para lidar com fatores de risco de doenças e agravos à saúde mais prevalentes na população masculina;

3.6.5 Prevenção de Violências e Acidentes

Visa a conscientização sobre a relação significativa entre a população masculina e violências e acidentes. Propõe estratégias preventivas na saúde, envolvendo profissionais e gestores de saúde e toda a comunidade.



3.6.6 Informações Epidemiológicas

- Apesar do aumento da expectativa de vida entre 2000 e 2018, os homens ainda vivem 7,1 anos a menos que as mulheres;
- Os homens morrem mais do que as mulheres, na maioria das causas de óbitos, e em todas as faixas etárias até 80 anos;
- O risco de homens morrerem por doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente por doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas, é de 40% a 50% maior em relação às mulheres;
- Ainda para as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas esse risco é aumentado entre os homens que fazem uso prejudicial de álcool, possuem dieta e estilo de vida pouco saudáveis, com pressão alta e/ou alto índice de massa corporal, conforme o Vigitel 2020.

3.6.7 Promoção à Saúde

Propostas para ações de promoção à Saúde do Homem para as equipes da APS:

- Realização das consultas de Pré-natal do Parceiro, oferecendo informações e suporte para que a partir desse contato os homens acessem os cuidados em saúde;
- Ações de saúde em lugares amplamente frequentados por homens: campos de futebol, bares, fábricas, oficinas, praças, obras da construção civil, etc.;
- Grupos de discussão sobre masculinidades, cuidado e saúde;
- Oferta de um atendimento humanizado e acolhedor, de forma que amplie o acesso dos homens a informações sobre medidas preventivas contra agravos e enfermidades mais comuns na população masculina;
- Abordagem com enfoque nos princípios de humanização que implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos dos homens, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais;
- Busca ativa de homens na comunidade, orientando-os sobre a importância e a necessidade dos cuidados com a saúde;
- Desenvolvimento de ações que promovam vínculos entre usuários e unidades de saúde, com foco na promoção e proteção da saúde.

3.6.8 A ATAISH estimular as seguintes ações

Fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Elaborar e prestar cooperação técnica aos Municípios visando à

implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais e regionais;

- Acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;
- Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais e regionais;
- Promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;
- Estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem;
- Capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem;
- Analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

3.7 SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa (ATSPI) tem como missão promover, supervisionar e avaliar ações voltadas para a atenção à saúde da população idosa e da população que está envelhecendo, de forma a garantir o envelhecimento ativo, saudável e a manutenção da autonomia e/ou recuperação da capacidade funcional.

Em 2022, cerca de 18,8% da população do Estado do Rio de Janeiro tinha 60 anos ou mais de idade. Este número o coloca em segundo lugar como o estado brasileiro com maior número de idosos. Alguns municípios já se encontram em franca transição demográfica com o número de idosos ultrapassando o número de crianças e adolescentes até 15 anos.

Nesta direção, a ATSPI entende que é vital a formulação e implantação



de uma Política Estadual de Saúde do Idoso em consonância com a Política Nacional, mas sem perder de vista as especificidades regionais e locais. Para que se garanta um envelhecer ativo e saudável torna-se necessário estimular não só ações intrasetoriais, mas, também, intersetoriais de modo a garantir uma atenção integral à saúde do idoso. E, para atingir tal objetivo, a ATSPI se articula com o Apoio da Atenção Básica, com as outras Áreas Técnicas ligadas ou não à Superintendência de Atenção Primária à Saúde e com as Coordenações Municipais de Atenção Primária e de Saúde da Pessoa Idosa.

A ATSPI busca incentivar os municípios a atenderem às especificidades da população em processo de envelhecimento, e fornece orientação técnica e estímulo às Secretarias Municipais de Saúde, para que implementem ações de saúde articuladas em rede, de forma a estabelecer Linhas de Cuidado em Saúde do Idoso. Neste contexto, as principais atribuições da ATSPI são:

- Contribuir tecnicamente para o fortalecimento da implementação de políticas públicas direcionadas à saúde da pessoa idosa e outras transversais.
- Apoiar e assessorar os municípios do estado do Rio de Janeiro no desenvolvimento e implementação de planos e ações que possibilitem o estabelecimento de uma linha de cuidados integral e integrada para a saúde da pessoa idosa.
- Incentivar e realizar capacitação para os gestores e profissionais da saúde sobre o tema do envelhecimento humano, saúde da pessoa idosa e seus determinantes de saúde.

3.7.1 Ações desenvolvidas pela ATSPI

- Capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica prestando assistência à pessoa idosa. Essas capacitações são realizadas através de encontros, oficinas e mini cursos;
- Nas capacitações o norte principal é a avaliação multidimensional da pessoa idosa, através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e de instrumento(s) validado(s), como o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20);
- Realização de encontros técnicos-científicos sobre temas que envolvem o envelhecimento humano e as melhores práticas para a Segurança dos Pacientes Idosos;
- Rodas de Conversa com os gestores e referências nos municípios sobre saúde da pessoa idosa objetivando fortalecer a pauta da saúde da pessoa idosa no estado;
- Elaboração de folders, manuais e e-book de orientação aos profissionais de saúde sobre temas de: prevenção de quedas, avaliação multidimensional

e registro de procedimentos nos sistemas de informação. O material está disponibilizado no site da SES-RJ, página da SAPS, no link:

- <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/areas-tecnicas/saude-do-idoso>;
- Criação do Painel da Saúde da Pessoa Idosa. A ATSPI tem desenvolvido ações direcionadas a criação do banco de dados para série histórica, definição, acompanhamento e análise dos indicadores relacionados à pessoa idosa que possam contribuir para o planejamento, capacitações para a tomada de decisão e definição de ações prioritárias na gestão da saúde da pessoa idosa;
- O painel está disponível para gestores, profissionais de saúde e interessados no tema, através do link:
- <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/novidades/2024/07/painel-da-saude-da-pessoa-idosa>;
- Elaboração do Plano Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, meta presente no Plano Estadual de Saúde 2024-2027 e na Programação Anual de Saúde (2024), no qual compete à Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, a coordenação para construção do referido Plano, sendo criado para tal, o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI).

3.8 SAÚDE BUCAL

A Área Técnica de Saúde Bucal/SAPS/SUBVAPS/SES-RJ (ATSB), em articulação com a Coordenação Geral de Saúde Bucal/DESF/SAPS/MS, promove o apoio institucional aos municípios/regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro na implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), monitora e avalia as ações e indicadores de saúde bucal dos municípios. Em maio de 2023, foi sancionada a Lei nº 14.572, que incluiu a saúde bucal na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e transformou a Política Nacional de Saúde Bucal em uma política de Estado.

3.8.1 Atuações da Área Técnica de Saúde Bucal

- Visitas técnicas;
- Reuniões presenciais e à distância (formato virtual);
- Grupos de trabalho;
- Qualificação de gestores e profissionais de saúde bucal dos municípios;
- Apoio à estruturação e melhoria da Atenção Primária, Média e Alta Complexidade;
- Apoio ao credenciamento de equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF e na APS, de Unidades Odontológicas Móveis (UOM), de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), de Serviço de Especialidades em



- Saúde Bucal (SESB) e de Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD);
- Articulação com nível hospitalar via SER e SISREG;
- Integração com linhas de cuidado, como: Oncologia, Ciclos de Vida, Pessoa com deficiência, entre outras;
- Elaboração de materiais informativos periódicos de Saúde Bucal para gestores municipais.

Como parte integrante da Atenção Primária à Saúde, conforme definido pela PNSB e pela Política Nacional de Atenção Básica, a Saúde Bucal tem como objetivo garantir a longitudinalidade do cuidado no contexto da saúde bucal do indivíduo, é previsto que a área técnica extrapole suas articulações da atenção primária como, por exemplo, com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e com o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB).

Neste contexto, a Área Técnica de Saúde Bucal/SAPS participa dos Grupos de Trabalho da APS das 09 regiões de saúde do Estado e integra as equipes de apoio regional da SAPS para ofertar, de modo contínuo, a aproximação e o diálogo com os gestores municipais, em perspectiva de cooperação horizontal. Ainda no contexto de distanciamento social, a Área Técnica de Saúde Bucal/SAPS investiu em novas estratégias de apoio remoto, por meio de realização de Oficinas, Encontros e Webinários por ambiente virtual.

Considerando fundamental a participação no planejamento em saúde e no monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, a Área Técnica de Saúde Bucal/SAPS utiliza os seguintes sistemas de informação: SISAB, SIA-SUS, SIH-SUS, SCNES e E-Gestor AB.

Além disso, conta com articulações intra e intersetoriais, como com a Coordenação Estadual do Programa de Controle do Tabagismo, Assessoria do Pacto Interfederativo da SES-RJ, Instituições de Ensino Superior, Instituto Nacional de Câncer (INCA), entre outras.

3.9 SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME

Nesta seção, destacamos sobre a saúde das pessoas com Doença Falciforme (DF) trazendo informações essenciais para a gestão do seu cuidado. Sobre o Traço Falciforme (TF) compartilharemos orientações e informações no sentido de oportunizar as melhores tomadas de decisão.

Vale lembrar que a Doença Falciforme é uma doença do sangue benigna, genética, hereditária, devido à dupla mutação recessiva. É muito comum no estado do Rio de Janeiro, em particular nos municípios com grande representação de população negra. Os resultados do censo demográfico realizado pelo IBGE em 2022 em parte explicam a alta frequência da doença falciforme no estado, já que mostraram que no estado do Rio de Janeiro, a maioria da população é autodeclarada de raça/cor negra. A doença falciforme é mais comum na população negra.

É neste cenário que se coloca a relevância desta política pública. Já no Traço Falciforme, há apenas uma única mutação no gene responsável pela formação da proteína presente na hemácia, e por isso, não é caracterizado como doença.

O diagnóstico da doença falciforme e do traço falciforme são oportunizados em três momentos:

Idealmente na triagem neonatal biológica - Teste do Pezinho (Bebês). Oportunamente na Triagem pré-natal - momento em que as gestantes que não tenham essa informação realizam o exame de eletroforese de hemoglobina no primeiro trimestre de gestação. Para os casos confirmados, o cuidado compartilhado com a referência para alto risco deve ser providenciado. Gestantes com doença falciforme são classificadas como de alto risco. Outra possibilidade de diagnosticar tanto a doença falciforme quanto o traço falciforme é por meio de um exame de sangue. O exame de sangue - Eletroforese de Hemoglobina - consta na tabela de procedimentos, medicamentos e OPMs do SUS.

Procedimento

Procedimento: 02.02.02.035-5 - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA																					
Grupo:		02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica																			
Sub-Grupo:		02 - Diagnóstico em laboratório clínico																			
Forma de Organização:		02 - Exames hematológicos e hemostasia																			
Competência:		10/2024 Histórico de alterações																			
Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia Complexidade: Média Complexidade Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC) Sub-Tipo de Financiamento: Instrumento de Registro: BPA (Consolidado) BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário) Sexo: Ambos Média de Permanência: Tempo de Permanência: Quantidade Máxima: Idade Mínima: 0 meses Idade Máxima: 130 anos Pontos: Atributos Complementares:																					
Valores <table border="1"> <tr> <td>Serviço Ambulatorial:</td> <td>R\$ 5,41</td> <td>Serviço Hospitalar:</td> <td>R\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>Total Ambulatorial:</td> <td>R\$ 5,41</td> <td>Serviço Profissional:</td> <td>R\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total Hospitalar:</td> <td>R\$ 0,00</td> </tr> </table>										Serviço Ambulatorial:	R\$ 5,41	Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00	Total Ambulatorial:	R\$ 5,41	Serviço Profissional:	R\$ 0,00			Total Hospitalar:	R\$ 0,00
Serviço Ambulatorial:	R\$ 5,41	Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00																		
Total Ambulatorial:	R\$ 5,41	Serviço Profissional:	R\$ 0,00																		
		Total Hospitalar:	R\$ 0,00																		
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS											
Descrição CONSISTE NA SEPARACAO E QUANTIFICACAO DAS HEMOGLOBINAS PELOS METODOS: ELETROFORESE POR ISOFOCALIZACAO, GEL DE AGAROSE, ACETATO DE CELULOSE OU HPLC.																					

FIGURA 3 - TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPMS DO SUS. FONTE: SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (SIGTAP) DISPONÍVEL EM <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0202020355/10/2024>

ACESSO EM 31/10/2024.



Todos os municípios registram casos de doenças falciformes no estado do Rio de Janeiro, ainda que não sejam quantitativamente com a mesma distribuição. Isto mostra a importância das ações dos gestores em relação à Resolução SES-RJ nº 1.799, de 11 de fevereiro de 2019, cujas diretrizes apontam para a implementação da Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Falciforme no estado do Rio de Janeiro, tendo por finalidade reduzir a morbimortalidade das pessoas com DF pela implantação da linha de cuidado às pessoas com doenças falciformes e orientação e informação em saúde para pessoas com TE, e para toda a sociedade em geral.

Papel do gestor municipal

Readequar e atualizar seus fluxos assistenciais, em consonância à Lei nº 8.964, de 03 de agosto de 2020, que exige dos municípios priorizar, em caráter obrigatório, o atendimento de urgência e emergência aos pacientes com hemoglobinopatias nas urgências e emergências, nos serviços públicos e privados. Para isto, devem ser tomadas providências pois:

“§ 1º - Submetem-se às exigências desta lei os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, empresas e/ou instituições públicas ou privadas, que tenham por finalidade a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo ou prevenção da doença, tais como: hospitais, clínicas e consultórios de qualquer natureza, ambulatórios, laboratórios, bancos de sangue, de órgãos, de leite e congêneres, acupuntura, veículos para transporte e pronto atendimento de pacientes e postos de saúde, dentre outros.

§ 2º - Para os fins desta Lei, a prioridade no atendimento de urgência respeitará a classificação de risco de vida, após avaliação médica inicial, conforme as regras de funcionamento do Sistema Único de Saúde” (RIO DE JANEIRO, 2020).

Para maiores informações, consulte o Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco elaborado pela equipe da SES RJ.

Referência: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. – 1ª edição – Rio de Janeiro, 2022. 45 páginas.

3.9.1 Pontos Focais de Saúde para Doença Falciforme

Em nível municipal, trabalhadores no campo da saúde deverão ser indicados pelos secretários de saúde como pontos focais para doença falciforme na interlocução com a Área Técnica para Pessoas com Doença Falciforme na SES RJ.

3.9.1.1 São atribuições dos pontos focais de saúde para doenças falciformes

- Executar a política de atenção à saúde das pessoas com Doença Falciforme em seu município, ser o elo de comunicação com a SES-RJ;
- Multiplicar localmente informações, bem como, fomentar estratégias de qualificação pertinentes à Doença Falciforme;
- Concentrar dados e monitorar ações. Para isto, cada município recebeu um link específico, direcionando-o a uma Planilha de Monitoramento. A periodicidade de atualização é 45 em 45 dias. É fundamental, coletar informações com outras áreas: Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Homem, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Saúde na Escola, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição, Academia da Saúde entre outras.

As pessoas com doenças falciformes ou traço falciforme usuárias dos serviços municipais devem ser incentivados a responder o formulário abaixo por meio eletrônico (<https://forms.gle/Ynee9bh9kj4FPgQ5A>).

3.9.2 Assistência Farmacêutica Estratégica e Especializada na Doença Falciforme

O protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para as doenças falciformes (PCDT) prevê assistência farmacêutica seja para o componente estratégico, seja para o componente especializado.

Para o componente estratégico, os municípios devem garantir o acesso ao ácido fólico, analgésicos, anti-inflamatórios e penicilina (oral - fenoximetilpenicilina) ou injetável nas unidades de saúde.

Para o componente especializado, como é o caso da Hidroxiuréia e da Eritropoetina, os critérios para a dispensação de um componente especializado da assistência farmacêutica

avaliação médica especializada, preenchimento dos documentos necessários e cadastro ativo nos polos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF distribuídos em todo o Estado do Rio de Janeiro, conforme o município de residência (<https://www.saude.rj.gov.br/aten-caoprimaria-a-saude>), a contar de Setembro de 2020, a dispensação poderá ser feita por estes pólos de referência especializado.



A Área Técnica para Saúde das Pessoas com Doenças Falciforme desenvolve ações de educação permanente para profissionais de todos os níveis e setores, que atuam no cuidado às pessoas com Doença Falciforme, a fim de qualificar a produção deste cuidado. Os municípios devem inserir esta agenda mensal no planejamento de suas ações junto ao núcleo de educação permanente para viabilizar e apoiar a participação dos profissionais.

3.9.3 Registro das informações em saúde para as doenças falciformes

Este sistema permite inserir no campo específico os códigos CID e CIAP, referente às doenças falciformes ou traço falciforme. Para o registro das informações em saúde para as doenças falciformes, o gestor deverá orientar para o uso do Código Internacional de Doenças (CID) em todos os instrumentos e formulários do SUS. Nele, as doenças falciformes são classificadas como transtornos falciformes - CID.57 - nas suas variações, D57.0 (anemia falciforme com crise), D57.1 (anemia falciforme sem crise), D57.2 (transtornos falciformes heterozigotos duplos) e D57.8 (outros transtornos falciformes). O traço falciforme é representado pelo CID D57.3 (estigma falciforme). O traço falciforme não é doença falciforme. Estes códigos devem constar nos formulários, prontuários ou quaisquer outros sistemas de informação, quando cabíveis.

3.9.4 Notificação

A Resolução SES N.2481 de 18 de Outubro de 2021, dispõem sobre a relação de doenças e agravos de notificação compulsória e vigilância sentinela e revoga a Resolução SES Nº 1.864 DE 25 DE JUNHO DE 2019, incluindo os transtornos falciformes como doenças de notificação compulsória, de periodicidade semanal registrada em ficha de notificação individual/conclusão.

3.10 SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA

3.10.1 População em situação de Rua e a Estratégia Consultório na Rua

A população em situação de rua caracteriza-se como um grupo populacional heterogêneo, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que circula e faz das ruas seu local de existência e moradia, vivendo em condições de pobreza, vulnerabilidade extrema, violências, em suas diversas configurações, e uma série de violações de direitos. Essas condições colocam esta população nos

grupos de maior risco de morbidade e/ou letalidade, devido às doenças mais recorrentes, tais como: tuberculose, dermatoses, sofrimento psíquico, IST/HIV/AIDS, gestação de alto risco e doenças crônicas, dentre outros problemas de enorme complexidade.

Com objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e ofertar, de maneira oportuna, atenção integral para esse grupo populacional, o Ministério da Saúde desenvolveu a estratégia Consultório na Rua, instituída pela PNAB em 2011. Trata-se de equipes multiprofissionais e multidisciplinares, que desenvolvem ações integrais de saúde de forma inter e intrasetorial, realizando suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizando as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território de atuação.

As equipes de consultório podem ser organizadas pelos municípios em 03 modalidades, variando de acordo com as categorias que compõem a equipe e número de profissionais inseridos. Atualmente o financiamento do MS se organiza da seguinte forma:

1. Modalidade I - Mínimo de quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio: R\$ 19.900,00 mensais,
2. Modalidade II - Mínimo de seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio: R\$ 27.300,00 mensais,
3. Modalidade III - Modalidade II acrescida de um profissional médico: R\$35.200,00 mensais.

As equipes poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente social; Terapeuta ocupacional; Médico; Agente social; Técnico ou auxiliar de enfermagem; Técnico ou auxiliar em saúde bucal; Cirurgião dentista e Profissional/professor de educação física. Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior e todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações.



3.10.2 Panorama das Equipes de Consultório na Rua do Estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde/ Município	Teto de eCR	eCR implantadas	eCR em processo de implantação/ homologação
Total do estado RJ	191	37	2
Baía da Ilha Grande	2	1	0
Angra dos Reis	1	1	0
Paraty	1	0	0
Baixada Litorânea	4	0	0
Araruama	1	0	0
Cabo Frio	1	0	1
Rio das Ostras	1	0	0
São Pedro da Aldeia	1	0	0
Centro Sul	0	0	1
Três Rios	1	0	1
Médio Paraíba	6	3	0
Barra do Pirai	1	0	0
Barra Mansa	2	1	0
Resende	2	1	0
Volta Redonda	1	1	0
Metropolitana I	165	19	0
Belford Roxo	1	1	0
Duque de Caxias	2	1	0
Itaguaí	1	0	0
Japeri	1	1	0
Magé	7	2	0
Mesquita	1	1	0
Nilópolis	1	0	0
Nova Iguaçu	3	2	0
Queimados	1	0	0
Rio de Janeiro	141	14	0
São João de Meriti	6	1	0

Metropolitana II	6	4	0
Itaboraí	2	1	0
Maricá	1	1	0
Niterói	2	1	0
São Gonçalo	1	1	0
Noroeste	6	6	6
Campos dos Goytacazes	1	1	0
Macaé	2	1	0
Serrana	6	6	6
Nova Friburgo	1	1	0
Petrópolis	2	1	0
Teresópolis	1	1	0

QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS/REGIÃO DE SAÚDE QUANTO À SITUAÇÃO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO DE RUA (ECR) SEGUNDO TETO DE FINANCIAMENTO DO MS, NÚMERO DE EQUIPES IMPLANTADAS E EM PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO, RIO DE JANEIRO, 2023. FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA. 2024.

3.10.3 Solicitação de Equipes de Consultório na Rua

Os municípios do Estado do Rio de Janeiro interessados em implantar a estratégia de consultório na rua em seu território devem realizar a solicitação, exclusivamente, por meio do sistema Gerência APS, como acontece com outras modalidades de equipes da atenção primária (eSF e e-multi, por exemplo).

A gestão municipal deve elaborar ofício e enviar à Secretaria Estadual de Saúde (SES) para conhecimento da solicitação de credenciamento ou adesão pleiteada ao Ministério da Saúde, conforme orientações e modelo de ofício disponibilizado no Anexo III da Nota Técnica N° 282/2023-COHC/CGFAP/SAPS/MS.

3.10.4 Cadastramentos dos usuários

As equipes de Consultório na Rua realizam o cadastramento da população atendida nas ruas e/ou nas Clínicas de Família e Unidades Básicas de Saúde. Vale salientar que a presença de documentação e identificação é importante, mas não há obrigatoriedade de constar nome completo e número do CPF nos dados cadastrais, caso o usuário não saiba (Portaria n° 940/2011, no §1°, artigo 23, da Portaria MS/GM n° 940, de 28 de abril de 2011). As equipes, na ausência do CPF, podem utilizar o Cartão Nacional de Saúde, até que seja obtido o CPF.



3.10.5 Registro eletrônico

- Todo profissional da equipe de consultório na rua deverá ter acesso ao sistema de informação usado no município, para cadastrar, registrar os atendimentos e visualizar e extrair relatórios;
- A equipe de consultório na rua deve ter acesso à computador com internet para registro das informações.

Para dúvidas sobre solicitação de credenciamento, implantação de equipes, cadastramento de profissionais, dentre outras questões, os municípios podem entrar em contato com a Área Técnica de Saúde das Populações em Situação de Rua ou apoiador regional da SAPS/SES RJ. Contatos referentes às áreas técnicas se encontram na página 03.

3.10.6 Área Técnica de Saúde das Populações em Situação de Rua

A Área Técnica de Saúde das Populações em Situação de Rua da SAPS/SUPAPS/SES-RJ tem como princípio a promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos. Suas ações buscam promover a atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua, oferecendo apoio para que os municípios adequem ações e serviços existentes nas equipes de consultório na rua e nas demais equipes da rede de APS, de forma a assegurar a equidade e o acesso universal no âmbito do SUS.

Cabe à Área Técnica de Saúde das Populações em Situação de Rua apoiar os municípios para ampliação do acesso e qualidade da atenção prestada a esta população pelos serviços de saúde, por meio de ações estratégicas:

- Sensibilizar e qualificar as equipes das Redes de Atenção à Saúde para a garantia do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde;
- Sensibilizar e fomentar a implantação de Consultórios na Rua (CnaR) em 100% dos municípios elegíveis pelo Ministério da Saúde através da publicação de portarias;
- Qualificar as equipes de APS, incluindo Consultórios na Rua, a partir de espaços de educação permanente e continuada e de visitas técnicas às equipes, de acordo com a possibilidade de deslocamento, em parceria com o apoio regional da SAPS;
- Sensibilizar e apoiar a articulação e qualificação das redes intersetoriais de atenção ao cuidado para a população em situação de rua;
- Participar dos comitês de acompanhamento e monitoramento da Política Estadual para a População em Situação de Rua e,
- Monitorar as eCR, no que se refere a credenciamento, produção e financiamento, perfil das equipes, CNES e Adesão ao Programa Mais Médicos.

3.11 COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- A COOEDUS é uma área de interface da Educação com a Coordenação do Apoio à Gestão da APS, Áreas Técnicas da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAPS) e outros setores da SES/RJ. Tem como principal competência a qualificação para profissionais da Atenção Primária à Saúde e áreas afins dos 92 municípios do Estado.
- As atividades da equipe COOEDUS são ancoradas pelas políticas nacionais Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2009) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), pelas políticas nacionais das áreas temáticas, por portarias ministeriais e, também, por determinação da SUPAPS/SGAIS e/ou por demanda da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro.
- Intervenções educativas para profissionais de saúde das nove regiões do estado que englobam a educação permanente em saúde (EPS) e a educação continuada (EC), duas modalidades de educação no trabalho em saúde, destinadas ao aprimoramento do conhecimento.
- A COOEDUS atua com intervenções educativas presenciais, semipresenciais e/ou ensino à distância (EAD) para oferta de treinamentos pontuais, capacitações, cursos de aperfeiçoamento, fóruns de discussão relacionados às necessidades identificadas e com a participação dos trabalhadores da saúde.

3.11.1 Atividades da COOEDUS

- Articulação com a Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária e Áreas Técnicas da SUPAPS, de acordo com as prioridades apresentadas pela gestão;
- Articulação com as Coordenações municipais de APS, na identificação de demandas e oferta de qualificação para profissionais, em atenção às necessidades locais e diagnósticos epidemiológicos/desastres e alterações climáticas, tais como: Bronquiolite aguda, Atuação em grandes desastres (Chuvas Fortes), Mortalidade materna e infantil, dentre outras;
- Planejamento, elaboração e execução de intervenções em Educação Continuada para os profissionais de saúde dos municípios, por meio de capacitações regionais, seja no formato virtual, presencial ou híbrido (Curso de Puericultura, Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde, AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) Neonatal e Criança, Aperfeiçoamento/atualização (Atualização da Capacitação em Atenção ao Pré-natal, fóruns de discussão e oficinas regionais);
- Coordenação do estágio na SUPAPS de médicos de família e comunidade residentes do 3º ano do Programa de Residência Médica em Administração em Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



3.11.2 São atividades educativas previstas para profissionais de saúde da APS para 2025

- Capacitação em Atenção ao Pré-natal para a Atenção Primária à Saúde;
- Apoio aos municípios nos cursos de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal e Criança;
- Construção de Curso de Vigilância do Crescimento e Desenvolvido com foco na Caderneta da Criança em parceria com a Área Técnica de Saúde da Criança e;
- Construção de Cursos voltados para a Saúde do Idoso em parceria com a Área Técnica de Saúde da Pessoas Idosa da SUPAPS.

3.11.3 Participação da COOEDUS

- Participação no Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro (CEPMIF);
- Participação na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Estado do Rio de Janeiro (CIES-RJ);
- Participação no Comitê Estadual Zika/STORCH;
- Participação na Comissão de Coordenação Estadual do Projeto Mais Médicos para o Brasil (CCE-RJ).

3.12 NÚCLEO ESTADUAL DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ E ATENÇÃO À SAÚDE ÀS VÍTIMAS DE DIVERSAS FORMAS DE VIOLÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Vítimas de Diversas Formas de Violência do Estado do Rio de Janeiro foi instituído através da Resolução SES nº 1872 de 31/07/2019 e alterada pela **Resolução SES nº 3.243 de 24/01/24, com o objetivo de consolidar um espaço de discussão e de proposições em torno da temática da violência na rede de saúde no Estado do Rio de Janeiro.**

O Núcleo Estadual tem como foco, de ordem técnica e prática, a melhoria do cuidado e da atenção prestada às pessoas em situação de violência acolhidas nos serviços de saúde. É composto por representantes das seguintes áreas técnicas da SES/RJ: Gabinete do secretário, gabinete da SGAIS, Superintendência de Atenção Primária à Saúde, Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade, Superintendência de Monitoramento e Qualidade das Unidades de Saúde, Superintendência de Unidades Hospitalares, Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Subsecretaria de Vigilância em Saúde.

3.12.1 Destaque das atribuições do Núcleo

- Elaborar planos, protocolos e notas técnicas de relevância para a temática da vigilância, prevenção e atenção integral às pessoas em situação de violência, no âmbito do estado do Rio de Janeiro;
- Fortalecer a implantação e a implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, com vistas à melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estaduais e nacional de atenção integral para populações estratégicas e vulneráveis, no âmbito do estado do Rio de Janeiro;
- Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes de suporte social, que tenham como objetivo a prevenção da violência, a promoção e atenção à saúde às vítimas de diversas formas de violência;
- Elaborar estratégias de qualificação das gestões municipais para o trabalho de prevenção da violência, promoção e atenção à saúde às pessoas em situação de violência;
- Promover a qualificação e a articulação em rede das ações de prevenção da violência, promoção da saúde e atenção às vítimas de diversas formas de violência, desenvolvidas pelos municípios.

No Brasil, a violência representa um problema de saúde pública de grande relevância, provocando forte impacto na morbimortalidade da população. Neste sentido, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737/2001) definiu um instrumento de notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1.968/2001).

Em 2014, a Portaria nº 484 do Ministério da Saúde redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, tornando a notificação obrigatória no primeiro atendimento.

3.12.2 É fundamental que gestores e profissionais de saúde tenham subsídios para:

- Identificar usuários que sofreram ou que vivem em situações de violência;
- Executar as exigências preceituadas na legislação brasileira vigente, pertinente à prevenção e ao enfrentamento às diversas formas de violência, envolvendo crianças e adolescentes, pessoas idosas, mulheres, homens, incluindo as tentativas de suicídio, entre outras;
- Cumprir a exigência legal de notificar às autoridades competentes casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS);



- Contribuir para a garantia de acesso à rede de atenção a indivíduos e grupos em situação de violência, junto aos serviços complementares de apoio.

Neste sentido, foi publicado, em maio de 2020, o Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência, elaborado pelo Grupo Técnico de Prevenção à Violência da SES-RJ, tendo como objetivo aperfeiçoar o fluxo de atendimento às pessoas em situação de violência nas unidades de saúde tendo como base o que preconiza a **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, TIT.V CAP.VII, artigos 679 a 700 do Ministério da Saúde**. Esta publicação destina-se a orientar e auxiliar gestores, diretores de unidades e profissionais de saúde na identificação de casos de violência, sugerindo os passos para uma resposta efetiva às demandas de crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de violência, bem como na orientação e prevenção de agressões, com a finalidade de que os serviços de saúde melhor cumpram a sua fundamental função de acolher e cuidar das pessoas que sofrem esse problema social de relevância para a saúde pública.

O referido Protocolo pode ser acessado em: <https://coronavirus.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-de-Atendimento-%C3%A0s-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-Viol%C3%Aancia.pdf>.

3.13 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT)

Segundo o PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL (2021-2030), as DANT são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos.

Nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e na agenda 2030, diversos indicadores referentes às DANT foram incluídos, como metas de redução da mortalidade de DCNT e das mortes no trânsito, metas de redução do tabaco e do consumo abusivo do álcool, eliminação da violência contra mulheres e meninas, acesso a sistemas de transporte seguros, sustentáveis, expansão do transporte público. Atualmente, as DANT representam a maioria das causas de morbimortalidade no mundo e no Brasil, além de resultarem em mortes prematuras, incapacidades, perda da qualidade de vida e importantes impactos econômicos.

A Atenção Primária à Saúde tem o papel de agregar esforços no âmbito da saúde pública contribuindo para um sistema de saúde mais resolutivo e que gere melhoria na qualidade de vida das pessoas, diminua a morbidade e a mortalidade associadas às Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

e reduza a carga financeira sobre o sistema de saúde. Desta forma, a inserção da área técnica DANT na APS tem como proposta principal trabalhar em conjunto com a Vigilância em Saúde auxiliando na construção de sistemas de saúde mais eficientes e centrados nas necessidades dos usuários, trabalhando as doenças crônicas e os agravos de forma integrada e preventiva.

Nossos objetivos são:

- Garantir a execução das ações propostas no PES (2024-2027) em colaboração com a Vigilância e Promoção à Saúde e com a Educação Permanente em Saúde fortalecendo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030);
- Fomentar ações de promoção à saúde em colaboração com os municípios, quanto à prevenção aos fatores de risco, como a obesidade, o tabagismo, a inatividade física, entre outros;
- Fortalecer as políticas de saúde relacionadas ao programa de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como as diversas diretrizes e ações voltadas para a prevenção, controle e manejo dessas condições.

3.13.1 Ações Propostas

- Elaborar o curso Manejo do Diabetes na APS;
- Elaborar o curso Manejo Hipertensão;
- Criar um grupo de trabalho para trabalhar a pauta DANT/APS com o apoio da COOAGAPS.

3.13.2 Participações Estratégicas

- Participação no Comitê DANT/SES RJ;
- Participação no GT CA.

3.13.3 Portarias e normativas

Portarias e normativas importantes que orientam ações de prevenção, tratamento e manejo relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil.

- Portaria nº 2.436/2017: Estabelece a Política Nacional de Atenção às Doenças Crônicas, incluindo diretrizes para o manejo dessas doenças e promoção da saúde;
- Portaria nº 1.459/2011: Institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, visando integrar os cuidados e o acompanhamento das DCNT;



- Portaria nº 2.061/2013: Dispõe sobre o Programa de Controle do Tabagismo, que é um dos fatores de risco para várias DCNT;
- Resolução nº 368/2017: Relacionada à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas, incentivando ações intersetoriais.

Essas portarias orientam ações de prevenção e tratamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, sendo estas consideradas um conjunto de ações cuja finalidade é gerar conhecimento do padrão de ocorrência, da tendência e das mudanças que ocorrem nos fatores determinantes e condicionantes da saúde. A finalidade é recomendar medidas de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e estimular ações e estratégias que visem a promoção da saúde da população.

3.14 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da saúde e da educação instituída em 2007 e considerada nacionalmente a principal estratégia de interlocução entre esses setores. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo é contribuir para a formação e saúde integral das crianças, adolescentes, jovens e adultos da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde pactuadas e desenvolvidas localmente (Brasil, 2007).

Compreende-se que todas as equipes de atenção primária à saúde devem se articular com as equipes das escolas de um município para a pactuação, planejamento e execução das ações do programa.

A gestão do PSE é função do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) – Municipal (GTI-M), instituído por normativa legal ou ato próprio, sob coordenação dupla das Secretarias Municipais de Educação e Saúde e cuja composição pode contar, facultativamente, com representantes de outros setores da gestão pública. O GTI-M conta com o apoio do GTI- Estadual e GTI-Federal (Brasil, 2017).

O recurso financeiro federal para custeio das ações do PSE integra o Componente de Incentivo à Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil.

A adesão ao Programa é feita pelo município, escola por escola. O município deve indicar as escolas de Educação Básica da rede pública e creches conveniadas que participarão do programa e possui a duração de 24 (vinte e quatro) meses. O tempo de vigência do PSE se dá na rotina bianual. Os critérios para adesão das escolas são expostas no Instrutivo Orientador publicado pelo MS em cada biênio do PSE.

Para demais informações a respeito das regras de adesão ao biênio vigente e instrutivo sobre o sistema de adesão, consulte a área técnica: pse.sesrj@gmail.com.

4 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O financiamento da Atenção primária à Saúde no Brasil é uma responsabilidade tripartite. A União, os Estados e os Municípios devem garantir estratégias de financiamento regulares e adequadas às necessidades da APS.

Sabe-se que, atualmente, os principais financiadores da APS são os municípios, possuindo autonomia para gestão e organização dos serviços deste nível de atenção.

O financiamento estadual é garantido mediante publicação anual de Resolução, com as diretrizes e componentes que conduzirão a alocação dos recursos no ano vigente, mediante disponibilidade orçamentária.

4.1 COFINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Metodologia de Financiamento Federal para a Atenção Primária à Saúde foi instituído pela Portaria GM/MS nº 3493, de 10 de abril de 2024, e estabeleceu um novo modelo de financiamento e custeio da Atenção Primária à Saúde, em substituição ao Programa Previnde Brasil. Essa metodologia conta com 06 componentes e encontra-se em vigor, mas em momento de transição, com alguns componentes sendo pagos com valor cheio.

4.1.1 Os seis componentes são:

- I - componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - eMulti;
- II - componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;
- III - componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti;
- IV - componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;
- V - componente para Atenção à Saúde Bucal; e
- VI - componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS.

4.2 COMPONENTE FIXO PARA A MANUTENÇÃO DAS EQUIPES

O componente fixo para a Manutenção das equipes é composto por um incentivo fixo a ser repassado mensalmente para eSF e eAP, e um incentivo de implantação a ser repassado em parcela única para eSF, eAP, eSB 40h e eMulti.

O cálculo do componente fixo para manutenção das eSF e eAP considerará o Indicador de Equidade e Dimensionamento dos municípios e Distrito Federal,



classificado em 4 estratos, com valores correspondentes para cada tipologia de equipe e carga horária, conforme descrito na Portaria.

Estrato	eSF	eAP 20h	eAP 30h
Estrato 1	RS 18.000,00	RS 7.200,00	RS 10.800,00
Estrato 2	RS 16.000,00	RS 6.400,00	RS 9.600,00
Estrato 3	RS 14.000,00	RS 5.600,00	RS 8.400,00
Estrato 4	RS 12.000,00	RS 4.800,00	RS 7.200,00

QUADRO 4 - VALORES DO COMPONENTE FIXO PARA MANUTENÇÃO DE ESF E EAP POR TIPO DE EQUIPE, CARGA HORÁRIA E ESTRATO. FONTE: PORTARIA GM/MS 3493, DE 10 DE ABRIL DE 2024.

Os valores de implantação para cada tipo de equipe na Atenção Primária estão dispostos no quadro abaixo:



ATENÇÃO: A classificação dos municípios por estrato está disponível na Portaria 3.493. Será disponibilizado posteriormente pelo Ministério da Saúde a metodologia de Cálculo para classificação por estrato.

Tipo de equipe	Valores
eSF	RS 30.000,00
eAP 20 h	RS 10.800,00
eAP 30 h	RS 16.800,00
eSB 40 h	RS 14.000,00
eMulti Ampliada	RS 36.000,00
eMulti Complementar	RS 24.000,00
eMulti Estratégica	RS 12.000,00

QUADRO 5 - VALORES DO COMPONENTE FIXO PARA IMPLANTAÇÃO DE ESF E EAP POR TIPO DE EQUIPE, CARGA HORÁRIA E ESTRATO.Fonte: Portaria GM/MS 3493, de 10 de abril de 2024.

Para recebimento dos recursos supracitados, é necessário:

- I – credenciamento das eSF, eAP, eSB e eMulti pelo Ministério da Saúde;
- II – cadastro, no SCNES, das eSF, eAP, eSB e eMulti; e
- III – ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

4.3 COMPONENTE VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para o cálculo do componente de vínculo e acompanhamento territorial será considerada a população vinculada à eSF ou eAP, segundo os critérios abaixo:

- I – pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF ou do Benefício de Prestação Continuada – BPC;
- II – pessoas com idade até cinco anos e com sessenta anos ou mais;
- III – qualificação das informações cadastrais, caracterizada pela completude e atualização dos registros no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB;
- IV – população atendida ou acompanhada pelas eSF, eAP, eSB e eMulti; e
- V – satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti.



ATENÇÃO: Vale ressaltar que se entende por população atendida ou acompanhada “as pessoas que receberam atendimento individual ou coletivo, visita domiciliar ou procedimento, registrados no Sisab”

O valor do Componente está relacionado ao quantitativo de pessoas acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária e classificações, conforme quadro abaixo:

Equipe	Classificação do Componente vínculo e acompanhamento territorial			
	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
eSF	R\$ 10.800,00	R\$ 6.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 2.000,00
eAP 20 h	R\$ 16.800,00	R\$ 2.250,00	R\$ 1.500,00	R\$ 750,00
eAP 30 h	R\$ 14.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 1.000,00

QUADRO 6 - VALORES DO COMPONENTE VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL POR TIPO DE EQUIPE E CLASSIFICAÇÃO. FONTE: PORTARIA GM/MS 3493, DE 10 DE ABRIL DE 2024.



O parâmetro e o limite máximo de pessoas vinculadas por equipe se encontram no quadro abaixo:

Porte Populacional	eSF		eAP 30 h		eAP 20 h	
	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo
Até 20 mil pessoas	2.000	3.000	1.500	2.250	1.100	1.500
Acima de 20 mil até 50 mil pessoas	2.500	3.750	1.875	2.813	1.250	1.875
Acima de 50 mil até 100 mil pessoas	2.750	4.125	2.063	3.095	1.375	2.063
Acima de 100 mil pessoas	3.000	4.500	2.250	3.375	1.500	2.250

QUADRO 7 - PARÂMETRO E LIMITE MÁXIMO POR TIPO DE EQUIPE, SEGUNDO PORTE POPULACIONAL. FONTE: PORTARIA GM/MS 3493, DE 10 DE ABRIL DE 2024.

A metodologia do cálculo para a definição dos valores do componente de vínculo e acompanhamento territorial será publicada posteriormente pelo Ministério da Saúde.

4.4 COMPONENTE QUALIDADE PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

O cálculo para o Componente Qualidade considerará os resultados alcançados pelas equipes no rol dos indicadores que irão compor o Componente.

Até o lançamento deste Manual, o Ministério da Saúde ainda não lançou Nota explicativa contendo os Indicadores e o Método de cálculo de cada um, bem como a metodologia de cálculo dos valores de repasse. Até que esse material não seja disponibilizado pelo Ministério, os municípios serão classificados como “bom”.

Os valores a serem repassados aos municípios, por tipo de equipe e classificação no componente qualidade encontra-se no quadro abaixo:

Equipe	Classificação do Componente vínculo e acompanhamento territorial			
	Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
eSF	R\$ 8.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 2.000,00
eAP 20 h	R\$ 4.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 1.000,00
eAP 30 h	R\$ 3.000,00	R\$ 2.250,00	R\$ 1.500,00	R\$ 750,00
eMulti Ampliada	R\$ 9.000,00	R\$ 6.750,00	R\$ 4.500,00	R\$ 2.250,00
eMulti Complementar	R\$ 6.000,00	R\$ 4.500,00	R\$ 3.000,00	R\$ 1.500,00
eMulti Estratégica	R\$ 3.000,00	R\$ 2.250,00	R\$ 1.500,00	R\$ 750,00
eSB I	R\$ 2.449,00	R\$ 1.836,75	R\$ 1.224,50	R\$ 612,25
eSB II	R\$ 3.267,00	R\$ 2.450,25	R\$ 1.633,50	R\$ 816,75
eSB I Quil./ Assent	R\$ 3.673,50	R\$ 2.755,13	R\$ 1.836,75	R\$ 918,38
eSB II Quil./ Assent	R\$ 4.900,50	R\$ 2.450,25	R\$ 2.450,25	R\$ 1.225,13

QUADRO 8 - VALORES DO COMPONENTE VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL POR TIPO DE EQUIPE E CLASSIFICAÇÃO. FONTE: PORTARIA GM/MS 3493, DE 10 DE ABRIL DE 2024.



A Portaria 3.493 traz em seu anexo V os Temas que serão monitorados pelos futuros indicadores para o pagamento do Componente. Os mesmos se encontram no quadro abaixo:

Temas	Tipo de Equipe Avaliada
Acesso e Integralidade	eSF e eAP
Cuidado da Saúde da Mulher	eSF e eAP
Cuidado da Gestante e Puérpera	eSF e eAP
Cuidado no Desenvolvimento Infantil	eSF e eAP
Cuidado da Pessoa com Diabetes	eSF e eAP
Cuidado da Pessoa com Hipertensão	eSF e eAP
Cuidado da Pessoa Idosa	eSF e eAP
Primeira consulta programada	eSB
Tratamentos concluídos	eSB
Taxa de exodontia	eSB
Escovação supervisionada	eSB
Proporção de procedimentos preventivos	eSB
Tratamento restaurador atraumático	eSB
Cuidado compartilhado da Pessoa acompanhada	eMulti
Ações interprofissionais realizadas	eMulti
Comunicação entre eMulti e outras equipes	eMulti
Resolutividade do cuidado da eMulti	eMulti

QUADRO 9 - TEMAS A SEREM ABORDADOS PELOS INDICADORES DO COMPONENTE QUALIDADE. FONTE: PORTARIA GM/MS 3493, DE 10 DE ABRIL DE 2024.

4.5 COMPONENTE IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE PROGRAMAS, SERVIÇOS, PROFISSIONAIS E OUTRAS COMPOSIÇÕES DE EQUIPES QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Componente aqui descrito se propõe a custear a implantação e manutenção das seguintes equipes, programas e serviços:

- I - das equipes Multiprofissionais - eMulti;
- II - das equipes de Consultório na Rua - eCR;
- III - das Unidades Básicas de Saúde Fluvial - UBSF;

- IV - das equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR;
- V - das equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP;
- VI - para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- VII - do incentivo aos municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária à Saúde;
- VIII - do Programa Saúde na Escola - PSE;
- IX - do incentivo financeiro federal de custeio para implementação de ações de atividade física no âmbito da APS - IAF;
- X - dos profissionais microscopistas;
- XI - da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - ACS; e
- XII - de outros programas, serviços, profissionais e composições de equipe que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico do Ministério da Saúde.

4.6 COMPONENTE PARA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O Componente Atenção para a Saúde Bucal se propõe a custear:

- I - das equipes de Saúde Bucal - eSB;
 - II - das Unidades Odontológicas Móveis - UOM;
 - III - dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO;
 - IV - dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD; e
 - V - dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb.
- Para consultar as equipes de Saúde Bucal credenciadas e implantadas com financiamento do Ministério da Saúde, por município, acesse: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/ relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>
 - Para realizar o credenciamento de equipes de Saúde Bucal junto ao Ministério da Saúde, acesse: <https://egestorab.saude.gov.br/>
 - Para saber como realizar o credenciamento do serviço da atenção especializada junto ao Ministério da Saúde, acesse: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada>

4.7 COMPONENTE PER CAPITA DE BASE POPULACIONAL PARA AÇÕES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O componente per capita de base populacional visa apoiar o custeio das ações da Atenção Primária, e seu cálculo considerará a estimativa populacional dos municípios divulgada pelo IBGE ou o Censo Demográfico do IBGE, o que for mais recente. O valor per capita será definido anualmente em ato normativo do Ministério da Saúde.



No que diz respeito à suspensão do financiamento de equipes, programas e serviços contemplados na Atenção Primária, o Ministério da Saúde realizará a supracitada suspensão, de acordo com as irregularidades identificadas. As suspensões acontecem de forma proporcional conforme quadro abaixo:

Tipo de suspensão	Percentual	Motivo de suspensão
SUSPENSÃO PROPORCIONAL	25% (vinte e cinco por cento) por eSF	Ausência por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; ou agente comunitário de saúde.
	50% (cinquenta por cento) por eSF e eAP	Ausência por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF ou eAP: médico ou enfermeiro.
	75% (setenta e cinco por cento) por eSF	Ausência simultânea, por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas, dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde.
SUSPENSÃO TOTAL	100% (cem por cento) por eSF ou eAP	Observada 3 (três) competências consecutivas de ausência de envio de informação sobre a produção ao Sistema de Informação da Atenção Básica - Sisab.
		Observada 2 (duas) competências do SCNES consecutivas da ocorrência de duplicidade de profissional da eSF no SCNES.
		De forma imediata, nos casos de ocorrência de uma das seguintes hipóteses: a) ausência simultânea de três categorias profissionais da equipe mínima da eSF; ou b) ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro da equipe mínima da eSF ou da eAP; ou c) ausência do cadastro ativo da eSF ou eAP no SCNES; ou d) do estabelecido no art. 12-N desta Portaria, referente as suspensões por órgãos de controle.

QUADRO 10 - TEMAS A SEREM ABORDADOS PELOS INDICADORES DO COMPONENTE QUALIDADE. FONTE: PORTARIA GM/MS 3493, DE 10 DE ABRIL DE 2024.



ATENÇÃO:

- A suspensão do incentivo financeiro de que trata o caput será mantida até a adequação das irregularidades identificadas, na forma estabelecida na PNAB e em normativas específicas.
- Após seis competências consecutivas da suspensão proporcional da transferência do valor dos componentes para eSF e eAP, será aplicada a suspensão total dos incentivos financeiros.
- Após doze competências consecutivas da suspensão total da transferência do valor dos componentes para eSF e eAP, serão automaticamente revogados o credenciamento e a homologação referentes às INEs das equipes." (NR)

A Superintendência de Atenção Primária à Saúde aguarda a publicação de documentos técnicos e orientadores que nortearão a operacionalização da Metodologia de Financiamento e propiciarão melhor entendimento da mesma.

Para consultar a Portaria 3.493: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html

4.8 GUIA PRÁTICO DE FINANCIAMENTO NO E-GESTOR

FIGURA 4 – GUIA PRÁTICO DE FINANCIAMENTO NO E-GESTOR. F



Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SVAPS/SES-RJ)
Apoio para qualificação do uso do e-Gestor no Estado do Rio de Janeiro



4º Passo:

Download
 Ver em tela

- Após selecionar as opções para gerar o **"Relatório de Pagamento"**, será gerada uma tabela, que pode ser acessada de duas formas: por meio da opção **"Download"** para salvá-la em Excel, ou na própria plataforma do e-Gestor, utilizando a opção **"Ver em tela"** para visualização direta.

5º Passo: Resultado da consulta - "Ver em tela"

UF	MUNICÍPIO	Comp. CNES	Período	Indicador
>		ABR/2024	6/12	R\$ 64.888.582,38
>		MAI/2024	7/12	R\$ 62.381.022,73
>		JUN/2024	8/12	R\$ 62.222.980,48
>		JUL/2024	9/12	R\$ 61.447.939,75
>		AGO/2024	10/12	R\$ 60.465.124,48

6º Passo:

Ação	Unidade	Código	Indicador
Equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária - eAP	MUNICIPAL	10.100.020.010.01	R\$ 1.000.000,00
Equipes de Saúde da Família - eSF			
Equipes de Atenção Primária - eAP			
> Atenção à Saúde Bucal	MUNICIPAL	R\$ 1.000.000,00	R\$ 0,00
> Equipes Multiprofissionais - eMulti	MUNICIPAL	R\$ 2.000.000,00	R\$ 0,00
> Agentes Comunitários de Saúde	MUNICIPAL	R\$ 2.000.000,00	R\$ 0,00
> Operações programadas - serviços e equipes de Atenção Primária à Saúde	MUNICIPAL	R\$ 2.000.000,00	R\$ 0,00
> Incentivo Compensatório de Transição	MUNICIPAL	R\$ 2.000.000,00	R\$ 0,00
> Manutenção de pagamentos de anos anteriores com base em exercícios anteriores	MUNICIPAL	R\$ 1.000.000,00	R\$ 0,00

- Ao extrair o relatório de pagamento no e-Gestor, é possível detalhar a **"Ação"** de saúde do município selecionado, incluindo os repasses para:
 - Equipes de Saúde da Família (eSF);
 - Equipes de Atenção Primária (eAP);
 - Saúde bucal;
 - Equipes e-Multi;
 - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
 - Incentivo Compensatório de Transição;
 - Manutenção de pagamentos com base em valores do exercício anterior.



Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SVAPS/SES-RJ)
Apoio para qualificação do uso do e-Gestor no Estado do Rio de Janeiro



- Em **“Ação”**, é possível selecionar os subitens e ver o detalhamento do financiamento em **“Componentes”**, como na imagem abaixo:

7º Passo:

- No detalhamento do financiamento em **“Componentes”**, é possível ver:
 - Teto de equipes no município;
 - Quantidade de equipes credenciadas;
 - Quantidades de equipes com homologação;
 - Quantidade de equipes pagas.
- Ainda na mesma página, é possível rolar a tela para acompanhar as **“Equipes validadas”**, verificando o status de pagamento de cada uma. Caso algum pagamento tenha sido indeferido, o sistema permite visualizar a razão pela qual o repasse financeiro não foi realizado para o município.

Equipes validadas

12

Digite o que deseja buscar

UF	Município	IGJE	Comp. CNES	Parcela	RED T1	Tipo de Equipes T1	Subtipo T1	Estabelecimento T1	Situação do estabelecimento T1	Situação de equipes T1	Cadastro de Equipes de equipes T1	Compartilhado T1
		330468	ABRU/2024	6/12		70	Convencional		ATIVO	ATIVA	VALIDO	100%
		330468	ABRU/2024	6/12		70	Convencional		ATIVO	ATIVA	VALIDO	100%
		330468	ABRU/2024	6/12		70	Convencional		ATIVO	ATIVA	VALIDO	100%
		330468	ABRU/2024	6/12		70	Convencional		ATIVO	ATIVA	VALIDO	100%
		330468	ABRU/2024	6/12		70	Convencional		ATIVO	ATIVA	VALIDO	100%
		330468	ABRU/2024	6/12		70	Convencional		ATIVO	ATIVA	VALIDO	100%

Referência:
e-Gestor Atenção Primária
<https://egestoraps.saude.gov.br>

Contatos:
esus.sapsrj@gmail.com

Elaboração:
Inácio Jhonata de Assumpção Chaves
Cintia Lemos de Oliveira

