



---

**NOTA TÉCNICA**

**06 /2014**

---

Redefinição do arranjo organizacional da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) para os municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense e definição de financiamento.

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica – DAB, apresenta duas minutas de Portaria, propondo redefinir o arranjo organizacional da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Fluvial (ESFF) para os municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense, bem como define os valores de financiamento destas equipes e de custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As ESFR desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita. O acesso se dá por meio fluvial e pela grande dispersão territorial, necessita de embarcações para atender as comunidades dispersas no território.

Essas equipes estão vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita.

## OBJETIVOS DA PROPOSTA

Redefinir o arranjo organizacional da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Fluvial (ESFF) para os municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense, e definir os valores de financiamento destas equipes e de custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

## DESTAQUES DA PROPOSTA

➤ Equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um (01) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade e um (01) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família.

➤ As Equipes podem contar com profissionais de saúde bucal, um (01) cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, dependendo da modalidade de equipe.

➤ Devido a grande dispersão populacional, podem contar também com:

- I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde;
- II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas;
- III - até 12 (doze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem;
- IV – 01 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal.

➤ As equipes poderão, ainda, acrescentar até dois profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição sendo enfermeiros ou outros profissionais dentre os previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) relacionado na Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

➤ Deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8 (oito) horas diárias) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações, sendo que esta condição vale para os profissionais que compõem a equipe mínima.

➤ Os ACS, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal deverão cumprir 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e residir na área de atuação.

## FINANCIAMENTO

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas farão jus ao financiamento vigente de Equipes de Saúde da Família modalidade I, sendo que poderão agregar:

- O valor do incentivo de custeio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na modalidade 1.
- As ESFR que possuam médicos integrantes dos programas Mais Médicos e PROVAB receberão incentivos de custeio diferenciados, conforme disposto na Portaria nº GM/MS 1.834, de 27 de agosto de 2013.

O valor do incentivo mensal de custeio referente a cada profissional acrescido à composição mínima das equipes será definido conforme quadro abaixo:

| <b>Categoria profissional</b>   | <b>Número máximo de profissionais</b> | <b>Valor do incentivo para cada profissional agregado à ESFR/ESFF</b> |
|---|---------------------------------------|---|
| Agentes Comunitários de Saúde   | 24                                    | R\$ 1.014,00  |
| Microscopistas  | 12                                    | R\$ 1.014,00  |
| Auxiliar ou Técnicos de Enfermagem  | 12                                    | R\$ 1.500,00  |
| Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal  | 01                                    | R\$ 1.500,00  |
| Profissional de Nível Superior (Enfermeiro e/ou profissionais dentre os previstos na relação de profissões para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) relacionada na Portaria nº GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011). | 02                                    | R\$ 2.500,00  |

O valor do incentivo mensal de custeio da logística das equipes será baseado no número de estabelecimentos de saúde, assim considerado:

Até 04 (quatro) embarcações de pequeno porte para o deslocamento dos profissionais (Unidade Móvel Fluvial, conforme o SCNES) e vinculadas a 01 (uma) UBS de referência. Para cada embarcação vinculada, será agregado o valor de  $\frac{1}{4}$  do valor da ESF modalidade I:

| <b>Nº embarcações</b> | <b>Valor do incentivo financeiro</b> |
|-----------------------|--------------------------------------|
| 01                    | R\$ 2.673,75                         |
| 02                    | R\$ 5.347,50                         |
| 03                    | R\$ 8.021,25                         |
| 04                    | R\$ 10.695,00                        |

Até 04 (quatro) unidades que sirvam de apoio para as atividades da equipe (Unidades Básicas de Saúde ou Posto de Saúde) cadastradas no SCNES e vinculadas a uma UBS de referência. Para cada unidade de apoio (ou satélite) vinculada, será agregado o valor de  $\frac{1}{4}$  do valor da ESF modalidade I:

| Nº unidades | Valor do incentivo financeiro |
|-------------|-------------------------------|
| 01          | R\$ 2.673,75                  |
| 02          | R\$ 5.347,50                  |
| 03          | R\$ 8.021,25                  |
| 04          | R\$ 10.695,00                 |

OBS: Os municípios que utilizarem embarcações para o deslocamento dos profissionais com porte diferenciado ou que agreguem ambientes extras como camarotes, cozinha ou banheiros, devem enviar proposta com planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, e justificativa de valor que não ultrapasse o teto estabelecido. Esse pleito deverá ser homologado pela CIB/CIR e será analisado pelo DAB, que tem a competência para aprovar, total ou parcialmente, a solicitação.

O valor do incentivo mensal de custeio para as UBS Fluviais será de:

- R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) sem profissionais de saúde bucal;
- R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) a cada mês, por Equipe de Saúde da Família Fluvial de Municípios com profissionais integrantes do PROVAB;
- R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) com profissionais de saúde bucal.
- R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) a cada mês, por Equipe de Saúde da Família Fluvial com Equipe de Saúde Bucal de Municípios com profissionais integrantes do PROVAB.

## OBSERVAÇÕES

- **Os recursos são oriundos do PAB variável**
- **Discutido no GT que os Agentes de Endemias deveriam estar incorporados na equipe, no entanto a alegação do MS é que essa discussão está na SVS/MS. Os técnicos do Conass e Conasems sugeriram que essa discussão fosse pautada em algum momento.**

## ANEXOS

## Minuta de portaria: financiamento das ESF Ribeirinhas

Assunto: memória de cálculo.

### Contexto

Os gestores de municípios ribeirinhos trouxeram como demanda, além da redefinição da composição das Equipes, a necessidade do recurso por conta da logística de transporte.

Utilizamos então como base para cálculo as informações disponíveis no Caderno “Modelo de Atenção Integral à Saúde das comunidades extrativistas isoladas geograficamente da Terra do Meio (Rio Iriri, Rio Xingu e Riozinho do Anfrísio)”.

O nosso ponto de referência para a equipe ampliada foi o número de profissionais de nível superior proposto pelo caderno. Para chegarmos ao teto máximo de cada profissional, ou seja, considerando um enfermeiro para cada 4 técnicos/auxiliares de enfermagem; já para os Agentes Comunitários de Saúde utilizamos uma aproximação do parâmetro das ESF que possuem aproximadamente 8 (oito) ACS.

Esta projeção levou ao número máximo de 24 ACS e 12 técnicos/auxiliares de enfermagem, e para os microscopistas utilizamos como referência o número máximo de técnicos.

Para o componente logística utilizamos como referência “Equipe de Saúde Volante” que atende a população ribeirinha afetada pela Usina de Belo Monte, considerando os custos envolvidos na utilização da embarcação (combustível, etc.) no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais).

O cálculo para definir o teto de embarcações vinculadas considerou o número de profissionais

Para definir o teto e o valor por embarcação vinculada utilizamos o valor do incentivo da modalidade I da equipe de Saúde da Família (R\$ 10.695,00), pois quando ocorrer o reajuste do PAB Variável das ESF reajustaria automaticamente o incentivo de logística.

| CUSTO MÉDIO<br>MENSAL<br>COMBUSTÍVEL<br>PARA 1<br>BARCO | CUSTO MÉDIO<br>MENSAL<br>COMBUSTÍVEL<br>PARA 4<br>BARCOS | VALOR<br>REPASSE<br>LOGISTICA<br>ATUAL | %<br>CUSTEIO<br>FEDERAL<br>TOTAL | PROPOSTA<br>VALOR DE<br>CUSTEIO<br>FEDERAL | % DE<br>CUSTEIO<br>FEDERAL<br>TOTAL PÓS<br>AUMENTO |
|---|--|--|----------------------------------|--|--|
| R\$ 3.000,00  | R\$ 12.000,00  | R\$ 3.000,00                           | 25%                              | R\$ 10.695,00                              | 89,13%   |

Para chegarmos ao valor do recurso de logística para as unidades de apoio usamos como base o valor de custeio das embarcações e adotamos o mesmo método de cálculo baseado em número de profissionais para estabelecer o teto máximo de unidades de apoio.

## MINUTA

Brasília, 09 de abril de 2014.

## PORTARIA Nº XX, DE XX DE FEVEREIRO DE 2014.

Redefine o arranjo organizacional da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) para os municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art.87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a Portaria nº GM/MS 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº GM/MS 2.887, de 20 de dezembro de 2012 que dispõe sobre o processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal.

Considerando a necessidade de ampliar e qualificar o acesso das populações ribeirinhas, dispersas e distantes no território brasileiro, às ações e serviços de Atenção Básica;

Considerando a necessidade de reconhecer as especificidades do trabalho das Equipes de Atenção Básica na Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense, resolve:

Art. 1º Redefinir o arranjo organizacional da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Fluvial (ESFF) para os municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense.

Art. 2º As ESFR são equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território.

Parágrafo único - As ESFR estão vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita.

Art. 3º A ESFR deve ser formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um (01) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um (01) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem.

Art. 4º As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e a(s) Equipe(s) de Saúde da Família Fluvial (ESFF) podem contar com profissionais de saúde bucal, um (01) cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, dependendo da modalidade de equipe;

Art. 5º Devido à grande dispersão populacional, as ESFR e as ESFF podem contar também com:

I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde;

II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas;

III - até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem;

IV - 01 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal.

Parágrafo único - As ESFR e as ESFF poderão, ainda, acrescentar até dois profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição sendo enfermeiros ou outros profissionais dentre os previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) relacionado na Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011;

Art. 6º As ESFR e as ESFF deverão seguir as diretrizes da PNAB descrita na Portaria nº GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011, considerando a importância da territorialização, manutenção do vínculo, cuidado integral e longitudinal, identificação de risco e vulnerabilidade.

Art. 7º As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8 (oito)

horas diárias) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações.

Parágrafo único. Esta condição vale para os profissionais que compõem a equipe mínima citados no artigo 3º e 4º e até 2 técnicos de enfermagem.

Art. 8º Os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal deverão cumprir 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e residir na área de atuação.

Art. 9º Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, as equipes devem adotar circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos até 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica;

Art. 10º Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR e as ESFF poderão contar com um incentivo de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

I – Até 04 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada.

II – Até 04 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

§ 1º As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos da Portaria nº 2.838/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011.

§ 2º As unidades de apoio são estabelecimentos que servem para atuação das equipes de Saúde da Família Ribeirinha e da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Fluvial (ESFF), portanto, não podem possuir outras equipes de Saúde Família vinculadas.

Art. 11 As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas farão jus ao financiamento vigente de Equipes de Saúde da Família modalidade I.

Art. 12 As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as Equipes de Saúde da Família Fluviais poderão agregar ao seu financiamento:

I - incentivo para cada profissional acrescido à composição mínima prevista no art. 5º e/ou;

II – incentivo para o custeio da logística, baseado no número de unidades de apoio ou embarcações apresentados no art. 10º;

§1º Todas as unidades de apoio (ou satélites) e embarcações devem estar devidamente informadas no cadastro Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica onde as ESFR ou ESFF estão vinculadas.

§ 2º Os valores dos incentivos mensais de custeio serão definidos em portaria específica.

Art. 13 Para implantação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), os Municípios deverão seguir o fluxo previsto na Portaria nº GM/MS 2.887, de 20 de dezembro de 2012.

§ 1º O projeto de implantação da ESFR deverá conter:

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento;

II - número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação;

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica;

IV - descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população;

V - descrição de como a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) apoiará a ESFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho;

VI – nos arranjos em que a ESFR contar com Unidades de Saúde de Apoio para o atendimento, relacionar a quantidade e as comunidades em que estão localizadas no

cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

VII - nos arranjos em que a ESFR contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relacionar a quantidade no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O número de embarcações deve ser justificado pela necessidade de deslocamento da equipe (dispersão populacional e/ou quantidade de profissionais acrescidos à composição mínima).

VIII - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a ESFR atender mais de um Município.

IX – indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando-se principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas.

§ 2º O projeto previsto neste artigo deverá ser aprovado pela CIR ou CIB, e encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para habilitação. As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal.

Art. 14 Recomenda-se que os municípios utilizem o Telessaúde articulado à Regulação para aumentar a resolubilidade, qualificar os encaminhamentos e organizar o acesso à atenção especializada, considerando o desenho regional.

Art. 15 As ESFR e as ESFF poderão prestar serviços a populações de mais de um município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a relação entre os entes municipais, devidamente aprovado na respectiva Comissão Intergestores Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB e devem garantir a alimentação das informações de saúde referentes à sua área de abrangência no Sistema de Informação vigente para a Atenção Básica.

§1º De acordo com o disposto no capítulo IV do artigo 1º da Portaria 2.887, de 20 de dezembro de 2012, para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal, além de cadastrar no SCNES os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades, ficando sujeito a suspensão caso o sistema não seja alimentado e devidamente validado por 03 (três) meses.

Art. 16 As normas para o cadastramento das unidades de apoio (ou satélites) e embarcações vinculadas a Estabelecimentos de Saúde de Atenção Básica onde as equipes estão vinculadas e alterações nas regras de cadastramento das ESFR e ESFF, com ou sem Saúde Bucal, além da definição dos prazos de implementação no SCNES, serão descritas em portaria específica a ser publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde deste Ministério.

Art. 17 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Ademar Arthur Chioro dos Reis  
Ministro da Saúde

## MINUTA

**PORTARIA N° \*\*\*\*, DE \*\* DE FEVEREIRO DE 2014.**

Institui o incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de Telessaúde do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria n° GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria n° GM/MS 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica, instituída por meio da Portaria n° GM/MS 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria n° GM/MS 2.206, de 14 de setembro de 2011, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o respectivo Componente de Reforma;

Considerando a Portaria n° GM/MS 2.554, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

Considerando a Portaria n° GM/MS 1.599, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS),

Considerando a responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do SUS; e

Considerando o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, disciplinado pela Portaria n° GM/MS 2.546, de 27 de outubro de 2011, resolve:

**Art. 1º** Instituir o incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de Telessaúde do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica.

**Art. 2º** Para habilitação ao recebimento do incentivo de custeio previsto nesta Portaria, o município, o Distrito Federal ou o Estado sede do Núcleo de Telessaúde deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - cadastrar o núcleo como estabelecimento de saúde com a descrição de serviços ofertados pelo núcleo no SCNES conforme art. 12º e 13º da portaria n° 2.546 de 27 de outubro de 2011.

II – concluir a primeira etapa de implantação do Núcleo de Telessaúde Brasil Redes e ter recebido a segunda parcela correspondente ao cumprimento dos requisitos e exigências definidas em portaria específica.

Parágrafo Único - Caso o Município-Sede ou Estado-Sede de núcleo opte pela oferta de teleconsultorias a partir de cooperação com outras instituições, estes deverão pactuar instrumento jurídico em instâncias colegiadas do SUS (CIR ou CIB), utilizando dessa forma o SCNES da instituição que oferta o serviço.

Art. 3º O incentivo financeiro de custeio de que trata esta Portaria terá um componente fixo e outro variável.

§1º O componente fixo do incentivo, que corresponde a 50% do valor a ser repassado, considerará para a transferência “equipes participantes” que devem contemplar os seguintes critérios:

- I - Equipes cadastradas na plataforma de Telessaúde;
- II - Equipes vinculadas em Unidade Básica de Saúde com ponto de telessaúde no SCNES;
- III – Equipes com histórico de solicitação de teleconsultorias.

§2º O componente variável do incentivo, que corresponde aos outros 50% do valor a ser repassado, considerará como critérios para transferência:

- I – A atividade de equipes e profissionais: referente aos profissionais que utilizam os serviços de telessaúde a cada mês;
- II – A definição de linhas de cuidado prioritárias e a solicitação de teleconsultorias relacionadas a elas;
- III – A produção total de teleconsultorias.

§3º As equipes consideradas nesta Portaria incluem as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica, Equipes de Atenção Domiciliar, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Equipes de Saúde da Família para populações específicas (Ribeirinhas, Fluviais, Consultório na Rua) e todas as equipes previstas ou que venham a ser previstas na PNAB.

Art. 4º Para acompanhamento da atividade de equipes e profissionais considerar-se-á:

I – a relação do número de equipes ativas pelo número de equipes participantes do núcleo de Telessaúde;

II – a relação do número de médicos ativos pelo número de médicos participantes do Núcleo de Telessaúde.

Parágrafo único. Considera-se: “equipe ativa” e/ou “médico ativo” aquela que solicitou teleconsultoria no mês de referência para pagamento e “equipe participante” e/ou “médico participante” aquelas que estão consideradas no Art. 3º desta portaria, para pagamento do componente fixo do incentivo.

Art. 5º Para o acompanhamento do critério disposto no inciso II, Parágrafo 2º, do art. 3º desta Portaria considerar-se-á:

I – A definição e pactuação de linhas de cuidado prioritárias, envolvendo serviços e equipes participantes ao núcleo;

II – A definição e pactuação de Protocolos de Encaminhamento e Teleconsultoria articulados à regulação;

III – O número de teleconsultorias solicitadas na respectiva linha de cuidado priorizada e pactuada.

Parágrafo único - As pactuações previstas nos incisos I e II deste artigo deverão ocorrer na CIR ou CIB.

Art. 6º Para o acompanhamento da produção total de teleconsultorias será considerado o número de teleconsultorias por equipe a cada mês, relacionadas às linhas de cuidado prioritárias previstas no inciso III do Art 7º somadas às demais teleconsultorias realizadas.

Art. 7º Será publicado Manual Instrutivo contendo os parâmetros, os modos de informação e de verificação dos requisitos previstos nesta portaria, bem como a forma de cálculo do valor do respectivo incentivo, após pactuação na CIT.

Art. 8º O monitoramento do Telessaúde será mensal, porém, a avaliação das informações que embasarão os valores do incentivos a serem repassados será trimestral.

Parágrafo único - As metas e parâmetros aqui dispostos poderão ser revistos semestralmente com objetivo de atualização e incremento.

Art. 9º O incentivo de que trata a portaria, será repassado para o município sede de núcleo, para os Projetos Intermunicipais e para o estado sede do núcleo para os Projetos Estaduais.

Parágrafo único. Será permitido mudar o perfil do núcleo de Estadual para Intermunicipal ou vice-versa, desde que encaminhado documento com resolução da CIB autorizando tal alteração.

Art. 10 Será publicada Portaria específica contendo os valores mínimos e máximos a qual cada município, distrito federal e estado sede de núcleo estará habilitado ao recebimento do incentivo previsto nesta Portaria, após pactuação na CIT.

Art. 11 Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho \*\*\*\*\*- Piso de Atenção Básica Variável (Pab Variável).

Art. 12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO