Ministério da Saúde

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

AMAQ

Brasília - DF
2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AUTOAVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

AMAQ

Documento em fase de diagramação. Em breve será disponibilizada a publicação impressa aos gestores municipais e equipes de atenção básica participantes do PMAQ.

Brasília – DF
2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

AUTOAVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

AMAQ

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2011

© 2011 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: xxxxxxxxx

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília – DF
Fones: (61) 3306-8090 / 6606-8044
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab
Home page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=962#
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, Sala 655
CEP: 70.058-900 – Brasília – DF
Home page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=383

Elaboração e informações
Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Dezembro de 2011

Supervisão Geral
Hêider Aurélio Pinto
Coordenação Técnica Geral
Allan Nuno Alves de Sousa
Revisão Técnica
Allan Nuno Alves de Sousa
Eduardo Alves Melo
Hêider Aurélio Pinto
Patricia Sampaio Chueiri
Elaboração Técnica
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Carolina Pereira Lobato
Cínthia Lociks de Araújo
Dirceu Ditmar Klitzke
Eduardo Alves Melo
Eliane Pedrozo de Moraes
Estela Auxiliadora Almeida Lopes
Hêider Aurélio Pinto
Marcia Peixoto César
Márcio Ribeiro Guimarães
Marcos Antonio Trajano Ferreira
Natali Pimentel Minóia
Rosani Pagani
Silvia Reis
Wellington Mendes Carvalho
Wesley Fernando Ferrari

Colaboração
Adelaide Borges Costa de Oliveira
Andréia Gimenez Nonato Vila
Carmem Lúcia de Simoni
Edneusa Mendes Nascimento
Edson Hilan Gomes de Lucena
Elisabeth Susana Wartchow
Lucinadja Gomes da Silva
Rodrigo Cabral da Silva
Rosa Maria Sampaio de Carvalho
Gisele Cazarin
Iracema de Almeida Benevides
Kátia Crestine Poças
Maria Ângela Maricondi
Marina F. M. Mendes
Wallace Cazelli
Participação
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
xx p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN XXX-XX-XXX-XXXX-X

1. xxxxxxxxxxxxx. 2. xxxxxxxxxxxxxxxxx. I. Título. II. Série.

CDU xxx.xx

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2011/0324
Títulos para indexação:
Em inglês: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Em espanhol: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
A1C – Hemoglobina Glicada
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMQ – **ESF** Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAPS – Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
DPP – Data Provável do Parto
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EAB – Equipe de Atenção Básica
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIRO – *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*
GM – Gabinete do Ministro
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
M&A – Monitoramento e Avaliação
MS – Ministério da Saúde
MTC – Medicina Tradicional Chinesa
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG – Organização Não Governamental
PAB – Piso da Atenção Básica
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMA2 – Produção e Marcadores para Avaliação
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI/MS – Programa Nacional da Imunização do Ministério da Saúde
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF – Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PRACTICE – *Problem*; *Roles and Structure*; *Affect*; *Communication*; *Time in Life Cycle*; *Illness in Family*; *Coping with Stress*; *Ecology*
PROESF – Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROGRAB – Programação em Gestão por Resultados da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SF – Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISPRENATAL – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SSA2 – Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TC – Termo de Compromisso
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UF – Unidade da Federação
VDRL – *Venereal Disease Research Laborato*
VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

Apresentação.....xx

1 Avaliação.....xx
2 Autoavaliação no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....xx
2.1 Momentos autoavaliativos.....xx
2.2 Planejamento e intervenção.....xx

3 A ferramenta Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....xx
3.1 Princípios e diretrizes da atenção básica em saúde.....xx
3.2 Organização do instrumento Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....xx
3.3 Padrões de qualidade.....xx
3.4 Classificação dos padrões de qualidade.....xx
3.5 Classificação das dimensões e subdimensões.....xx
3.5.1 Dimensão: gestão municipal.....xx
3.5.2 Dimensão: gestão da atenção básica.....xx
3.5.3 Dimensão: Unidade Básica de Saúde.....xx
3.5.4 Dimensão: perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde.....xx
Bibliografia.....xx
Anexos.....xx

Apresentação

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País.

O presente instrumento compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que se insere entre as principais estratégias indutoras de qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve, necessariamente, compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta a ferramenta *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (AMAQ), reafirmando seu compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica em todo o País.

1 Avaliação

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Esses julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização (HARTZ et al., 2008).

Avaliar é uma prática tão velha quanto a própria humanidade. Infelizmente, ela está frequentemente associada a uma ideia "negativa" dos avaliados, isto é, a uma percepção de que a avaliação resulta em ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados. Também é muito comum encontrar uma concepção pré-formada de que seja um conjunto de saberes tão complexos que apenas especialistas ou professores universitários são capazes de compreendê-los e aplicá-los.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) procura contribuir para a superação desses vieses. Para tanto, situa a **avaliação** como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da **qualidade** das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS.

A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços.

2 Autoavaliação no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AB).

A primeira fase do PMAQ consiste na adesão ao programa. Ocorre mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. Esse processo implica a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados. Envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social, contribuindo com o aprimoramento da cultura de negociação e pactuação no âmbito do SUS.

A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

A segunda fase do programa é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, produzindo, assim, melhorias contínuas da qualidade da atenção básica, quais sejam: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

A autoavaliação, objeto deste documento, é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho.

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa, em que será realizado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Destaca-se que os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação, que será utilizado nessa etapa, guardam similaridade com os de autoavaliação que serão apresentados neste documento.

A quarta e última fase do programa é o momento de recontratualização com a gestão municipal e equipes de atenção básica, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa. Essa etapa dá concretude à característica incremental da melhoria da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolve a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica.

No âmbito do PMAQ, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com base na ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (UCHIMURA; BOSI, 2002), é desejável que o instrumento utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores –, entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS. Dessa forma, configurando-se como ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções fundamentadas na identificação de problemas.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, aspectos políticos etc. –, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento para construir estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados.

Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ, na medida em que contribuirão na identificação das principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como um momento de pouca relevância, tampouco como um momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores.

Considerando o exposto, o Ministério da Saúde oferece o presente instrumento autoavaliativo: Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Ressalta-se que esta proposta **não será de uso obrigatório**, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica (EAB) definir o(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que melhor se adéqua(m) à sua necessidade e realidade.

Visando a induzir a implementação de processos autoavaliativos, 10% da nota para a certificação da equipe é vinculada a essa ação. Devendo, para tanto, o gestor municipal e as equipes de atenção básica registrar os resultados de suas autoavaliações e seus respectivos planos de ações, no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB). Os gestores que optarem pelo uso da AMAQ utilizarão um aplicativo do próprio instrumento, já os que decidirem pelo uso de outros instrumentos autoavaliativos farão os registros dessas informações em espaço específico no SGDAB. O objetivo dessa estratégia é também possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados autoavaliativos.

O PMAQ não define periodicidade para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços.

2.1 Momentos autoavaliativos

Os processos autoavaliativos na atenção básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Seu intuito é verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de atenção básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

A dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, coordenadores e profissionais das equipes identificar os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas.

Para que esses processos autoavaliativos aconteçam, torna-se fundamental que sejam realizados entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com a atenção básica e, diante dos resultados da autoavaliação, deverão ser identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

Ressalta-se que os momentos de construção ou preparação para a implementação de processos autoavaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados por métodos participativos, ~~coordenadores do planejamento~~, com uso de abordagens libertadoras da criatividade, que consideram a pluralidade dos atores presentes, promovendo um espaço privilegiado para a construção do pensamento. É nesse momento que os indivíduos produzem sentidos e significados com potencial de mobilização de iniciativas para o aprimoramento dos serviços

Nesse sentido, a organização desses momentos deve contribuir com a indução de atitudes ativas dos atores envolvidos perante as questões colocadas, proporcionando aos participantes reflexão, discussão sobre as suas práticas e as possibilidades de mudanças.

Momentos do processo autoavaliativo:

- ✓ Momento I – Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação de processos autoavaliativos no município aos gestores, coordenadores, equipes/profissionais do município, ressaltando a importância de processos autorreflexivos na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços e da satisfação do profissional com o trabalho;
- ✓ Momento II – Sensibilização dos gestores, coordenadores e equipes/profissionais da atenção básica para a escolha e utilização de um instrumento orientador da autoavaliação e importância do planejamento para a implementação das intervenções identificadas pelos atores responsáveis;

- ✓ Momento III – Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores, coordenadores, equipes/profissionais, comunidade, entre outros;
- ✓ Momento IV – Elaboração da matriz de intervenção e construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para a melhoria da organização e qualidade dos serviços da atenção básica;
- ✓ Momento V – Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município.

2.2 Planejamento e intervenção

Integra-se aos processos autoavaliativos o desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados. O planejamento favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou manutenção das ações.

Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e realidades locais. Favorecem também a maior comunicação entre os atores, com o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões e construção de consciência coletiva e responsabilização dos envolvidos (MATUS, 2001).

Nesse sentido, sugere-se que, inicialmente, esse planejamento contemple os problemas elencados como os mais importantes para o grupo. Já as prioridades de ações de intervenção a serem implementadas levam também em consideração seu impacto sobre o problema, a governabilidade dos atores envolvidos, bem como suas capacidades e desejo de mudança.

Alguns passos para o planejamento das intervenções:

- ✓ Elencar os principais problemas identificados pelos atores na autoavaliação;
- ✓ Escolher os problemas prioritários a serem enfrentados;
- ✓ Refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos;
- ✓ Buscar estratégias de intervenção para superação dos problemas prioritários;

- ✓ Traçar o plano de ação com uso de uma matriz de intervenção, identificando responsáveis e prazos de execução;
- ✓ Avaliar a viabilidade do plano considerando atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outros;
- ✓ Pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas;
- ✓ Definir as estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas.

Vale ressaltar que o ato de planejar e a dinâmica da sua condução não se cristalizam em um plano. Os atores envolvidos nesse processo devem estar permanentemente atentos às transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança (sujeitos envolvidos, relações de poder, situações de saúde, entre outros), pois muitas vezes isso implica novas prioridades e negociações.

3 A ferramenta Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

A ferramenta AMAQ foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto *Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)* e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e Quality Book of Tools (PORTUGAL, 1999a; PORTUGAL, 1999b; LEVITT; HILTS, 2010; BRASIL, 2010b).

A elaboração do instrumento foi norteada pelos princípios e diretrizes da atenção básica no Brasil, partindo do pressuposto de que todos os gestores municipais e equipes de atenção básica possam utilizá-lo. Cumpre destacar que consideramos equipes de atenção básica as equipes de Saúde da Família e equipes multiprofissionais orientadas por outros modelos que se organizam de acordo com os princípios e diretrizes da atenção básica.

3.1 Princípios e diretrizes da atenção básica em saúde

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos, reabilitação e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

A atenção básica tem como fundamentos e diretrizes:

- ✓ Ter território adscrito e responsabilidade sanitária sobre ele, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- ✓ Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da

rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver problemas de saúde e/ou minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

- ✓ Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

- ✓ Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;
- ✓ Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

3.2 Organização do instrumento Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O instrumento está organizado com base em dois componentes nucleares ou unidades de análise para a avaliação que agrupam os padrões de acordo com a competência da gestão e equipe. Os conjuntos de padrões foram definidos pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos – gestão, coordenação e equipe de atenção

básica. São quatro dimensões que se desdobram em 13 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica.

Embora os dois componentes centrais estejam organizados de maneira equivalente, não se deve relevar o fato de que o componente *gestão* é corresponsável por parte das condições e oportunidades que permitem o componente *equipe* acontecer. Porém, procurou-se, no componente equipe, dar destaque às questões que são de considerável autonomia dela. Ressalta-se, ainda, que os elementos de estrutura, embora possam e devam ser avaliados no âmbito do trabalho das equipes, são de maior responsabilidade dos gestores, devendo, portanto, ser objeto de autoanálise desse ator.

As competências da gestão, coordenação e equipes de atenção básica na AMAQ-AB são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Estrutura do instrumento AMAQ-AB

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	A – Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da atenção básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Gestão do monitoramento e avaliação – M&A
	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
Equipe	Perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde	J – Perfil da equipe
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário

Fonte: AMAQ-AB.

3.3 Padrões de qualidade

Conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Assim, será sempre um grande desafio buscar aproximação do conceito de qualidade em relação à atenção básica, considerando a pluralidade de suas dimensões

(política, econômica, social, tecnológica) e os sujeitos implicados a sua construção (indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais) (DONABEDIAN, 1988; ARCE, 1998).

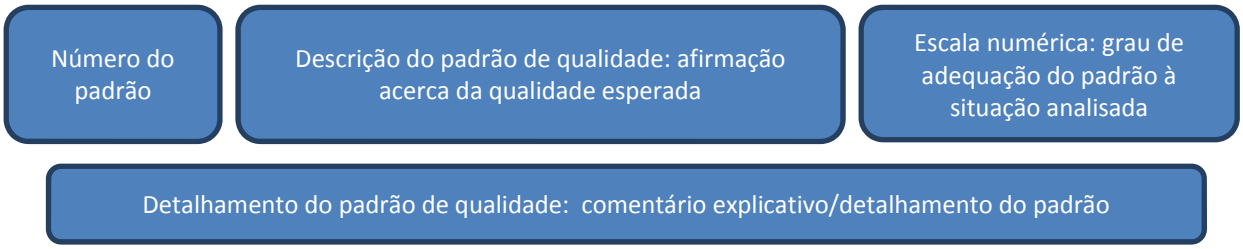
Na AMAQ, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores.

O padrão é a declaração da qualidade esperada. O seu sentido é afirmativo ou positivo, expressando expectativas e desejos a serem alcançados. Os padrões de qualidade caracterizam-se pela sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Os padrões possuem caráter incremental em si mesmo, cuja avaliação da situação analisada se dá por meio de escala numérica. Estão organizados de modo a possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, viabilizando a constituição de classificações gerais de qualidade.

A estrutura em que os padrões de qualidade estão organizados obedece ao formato apresentado na figura a seguir.

Figura 1 – Estrutura de organização dos padrões de qualidade



Fonte: AMAQ-AB.

Exemplo:

Tabela 1 – Relação de subdimensões e atribuição de pontos

4.10	A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração média de duas horas. Utiliza esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração, com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros.		

Fonte: AMAQ-AB.

Os padrões de qualidade foram construídos considerando, ainda, as seguintes diretrizes:

I – Refletir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II – Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

III – Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;

IV – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.

É importante destacar que a AMAQ não pretende esgotar todo o universo das práticas em atenção básica, entretanto, compõe-se de um determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

3.4 Classificação dos padrões de qualidade

O método de análise adotado na AMAQ permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão. Essa escala é classificada como do tipo não comparativa, pois, nela, cada um é avaliado por si só. Essas

escalas apresentam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo, assim, a mensuração das opiniões da maneira mais objetiva.

Considerando que o uso de terminologias comumente empregadas na construção de escalas pode influenciar a percepção do respondente, optou-se pela não classificação da escala presente nos padrões (SANTOS, 2006). Nesse sentido, ao utilizar o instrumento, o respondente deve considerar que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada.

Muito insatisfatório — — — — — — — — — — Muito satisfatório
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A utilização de escalas com muitas categorias é indicada em instrumentos cujos sujeitos que farão uso tenham algum grau de apropriação sobre os temas abordados. Outro aspecto que vale ressaltar, sobre o uso dessas escalas, é a possibilidade de se obter coeficientes de correlação mais fidedignos entre os padrões de qualidade, por ser esta uma escala de maior sensibilidade (MALHOTRA, 2002).

3.5 Classificação das dimensões e subdimensões

Ao final da avaliação dos padrões, será possível conhecer a classificação do respondente para cada subdimensão e dimensão nas categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Essa característica do instrumento possibilita que sejam identificados, mais facilmente, os desafios ou problemas mais críticos, orientando, assim, a definição de prioridades de enfrentamento.

Cada subdimensão representa um total de pontos que variam de acordo com o número de padrões de qualidade, sendo a estes atribuídos 10 pontos. A tabela a seguir descreve as subdimensões com seus respectivos números de padrões e a pontuação total atribuída.

Tabela 2 – Subdimensões por padrões de qualidade

Subdimensão	Nº padrões	Pontuação	
		Mínima	Máxima
A – Implantação e implementação da atenção básica no município	9	0	90
B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde	3	0	30
C – Gestão do trabalho	4	0	40
D – Participação, controle social e satisfação do usuário	4	0	40
E – Apoio institucional	3	0	30
F – Educação permanente	6	0	60
G – Gestão do monitoramento e avaliação – M&A	5	0	50
H – Infraestrutura e equipamentos	9	0	90
I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos	9	0	90
J – Perfil da equipe	3	0	30
K – Organização do trabalho	12	0	120
L – Atenção integral à saúde	42	0	420
M – Participação, controle social e satisfação do usuário	3	0	30

Fonte: AMAQ-AB.

A classificação da subdimensão quanto ao nível de qualidade é feita por meio do cálculo dos percentuais dos pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis, associando o resultado observado à escala definida. A escala utilizada distribui, de maneira percentual, os pontos das subdimensões em cinco categorias.

Tabela 3 – Percentual das subdimensões em categorias

1 – Muito insatisfatório	2 – Insatisfatório	3 – Regular	4 – Satisfatório	5 – Muito satisfatório
0 – 19,99 (%)	20 – 39,99 (%)	40 – 59,99 (%)	60 – 79,99 (%)	80 – 100 (%)

Fonte: AMAQ-AB.

Exemplo:

Tabela 4 – Exemplo de classificação de subdimensão: educação permanente

A subdimensão de educação permanente possui seis padrões, totalizando 60 pontos possíveis de serem alcançados. Durante a autoavaliação, o gestor da atenção básica obtém resultado igual a 30 pontos, o que representa 50%, classificando o desempenho como regular na subdimensão analisada.

Classificação da subdimensão educação permanente

Subdimensão – F: educação permanente – 60 pontos							
Nº padrões	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Soma total
Resultados obtidos	5	5	5	5	5	5	**30**

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	**24 a 35**	36 a 47	48 a 60

Fonte: AMAQ-AB.

A classificação da dimensão consiste na média das avaliações de suas subdimensões, resultando em pontuação que varia entre 1 e 5. A média dos pontos obtidos a partir da classificação das subdimensões que compõe uma dimensão resulta em um valor que será aplicado em escala categórica.

Exemplo:

Tabela 5 – Exemplo de classificação de subdimensão: gestão da atenção básica

Classificação da dimensão gestão da atenção básica

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
E – Apoio institucional		x			
F – Educação permanente			x		
G – Gestão – M&A				x	
Soma dos pontos = 9					

Média dos pontos (soma dos pontos/3) = [2+3+4]/[3] = 9/3 = 3

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	**3**	4	5

Obs.: quando a média resultar em números não inteiros, deve-se utilizar a clássica regra de arredondamento.

Fonte: AMAQ-AB.

Cumpre destacar que o método apresentado não induz juízo de valor entre as subdimensões, pois, no momento de classificar a dimensão, usamos uma média ponderada das subdimensões. Ressalta-se, ainda, que esse método de classificação não coincidirá com aquele que será empregado na fase de avaliação externa do PMAQ.

3.5.1 Dimensão: gestão municipal

A – Subdimensão: implantação e implementação da atenção básica no município

A implantação e a implementação da atenção básica como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município são fundamentais para a consolidação e o aprimoramento do SUS. Possibilitam a coordenação do cuidado e a ampliação do acesso dos usuários. Essa subdimensão objetiva avaliar alguns elementos da implantação e implementação da atenção básica no sistema municipal de saúde.

1.1	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes para implantação e implementação da atenção básica, definindo-a como orientadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Plano Municipal de Saúde contempla ações de qualificação da atenção básica com vistas a garantir a qualificação e o acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado. As diretrizes que orientam a atenção básica no município são as seguintes: acessibilidade e acolhimento (porta de entrada preferencial e porta aberta); territorialização e responsabilização sanitária; vínculo e adscrição de clientela; cuidado longitudinal; coordenação do cuidado e trabalho em equipe multiprofissional.		

1.2	A gestão municipal de saúde estabelece estratégias de implantação de Unidades Básicas de Saúde considerando critérios de equidade na perspectiva do acesso universal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal implanta as UBS de forma a garantir o acesso com equidade aos usuários dos serviços da atenção básica, evitando os “vazios assistenciais”. As estratégias utilizadas pela gestão contemplam: a territorialização das unidades, a disponibilização e distribuição adequada de profissionais, o cadastramento e adscrição da população por equipe, em função de critérios de vulnerabilidade e necessidades em saúde, de acordo com os parâmetros preconizados pela PNAB.		

1.3	A gestão municipal de saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal utiliza para o planejamento e tomada de decisão a análise e o acompanhamento de indicadores de saúde, as pactuações interfederativas, os sistemas de informação e outras ferramentas de gestão, como recursos para orientar mudanças na organização e funcionamento dos serviços de atenção básica.		

1.4	A gestão municipal de saúde desenvolve ações de promoção da saúde trabalhando de forma intersetorial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal considera a necessidade de articular e integrar agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde–doença, garantindo ações/estratégias/projetos que envolvam os vários setores governamentais e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais) no município.

1.5	A gestão municipal de saúde gerencia adequadamente o abastecimento das Unidades Básicas de Saúde com recursos materiais e insumos necessários para o trabalho com qualidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O planejamento das compras de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente é feito de forma a garantir a regularidade do abastecimento, o controle dos estoques e a manutenção dos equipamentos, visando a sua adequação e suficiência, em tempo oportuno, para garantir a qualidade dos serviços.		

1.6	A gestão municipal de saúde legitima, fortalece e qualifica a coordenação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há um profissional ou equipe de profissionais especialmente designados para a função de coordenação da atenção básica (incluindo saúde bucal), estando formalizada por lei, portaria ou ato interno, e representada no organograma da SMS. Os técnicos envolvidos com a coordenação possuem formação com pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Administração e Gestão.		

1.7	A gestão municipal de saúde constitui equipe de apoio institucional como dispositivo de gestão vinculado à coordenação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. Possui caráter compartilhado e deve funcionar considerando as realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, pressupondo planejamento, avaliação constante, suporte a intervenções e agendas de educação permanente. Os apoiadores possuem agendas regulares de encontros com as equipes, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações e processos de trabalho. Esse apoio auxilia as equipes na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-as a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias. O apoio é estruturado considerando o dimensionamento adequado do número de equipes de saúde sob a responsabilidade de cada apoiador.		

1.8	A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para a atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante espaço no processo de trabalho dos profissionais de atenção básica para a educação permanente. O plano de educação permanente municipal é construído com a participação dos profissionais e está de acordo com as necessidades de aprendizagem desses profissionais. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, outros municípios, instituições de ensino etc. O município tem um núcleo de educação permanente desenvolvido na sua organização, e a atenção básica está incluída nesse núcleo.		

1.9	A gestão municipal de saúde garante a realização das ações de saúde bucal na atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sendo parte integrante das ações da atenção básica, independentemente do modelo de organização adotado, a saúde bucal do município garante ações no âmbito do tratamento e da prevenção e promoção.		

B – Subdimensão: organização e integração da Rede de Atenção à Saúde

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia que busca promover o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constitui-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e tem diversos atributos, entre eles: a atenção básica estruturada como porta de entrada "preferencial" do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando o cuidado e articulando-se com outros pontos de atenção.

1.10	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias, assegurando profissionais e serviços em seu território ou região de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As ações e serviços de saúde são ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando a gravidade do risco individual e coletivo. A gestão municipal elabora e organiza fluxos para os usuários entre os diversos pontos de atenção da RAS, garantindo a referência e contrarreferência. Organiza a Atenção Básica como centro de comunicação, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer ponto da RAS por meio de uma relação horizontalizada e contínua, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada do cuidado integral.		

1.11	A gestão municipal desenvolve estratégias que asseguram a referência para especialidades odontológicas e acesso à prótese dentária.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal de saúde garante a referência para o serviço odontológico nas seguintes especialidades: endodontia, cirurgia oral menor, prótese, periodontia, atendimento a pessoas com deficiência e diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é o modelo atual de referência apontado pela Política Nacional de Saúde Bucal. Inclui unidades próprias, de outros municípios ou serviços contratados. Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) constituem-se em referência para o serviço de confecção de próteses dentárias na atenção básica. Em caso de opção municipal pela manutenção desse serviço no âmbito da atenção secundária, a gestão de saúde garante a existência de protocolos de referência e contrarreferência para as equipes de saúde bucal realizarem os encaminhamentos necessários.		

1.12	A gestão municipal de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São instrumentos de integração dos serviços os seguintes dispositivos: 1) Central de regulação responsável pela marcação de consultas, exames especializados, controle de leitos, internações e urgência e emergência, a partir de sistema *on-line* ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade; 2) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada; 3) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde. Esse processo representa importante passo para a integração da rede de serviços e gestão do cuidado resolutivo e integral. Em municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada entre municípios vizinhos.		

C – Subdimensão: gestão do trabalho

A gestão do trabalho no âmbito da atenção básica trata de equacionar questões relacionadas à força de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão trabalhados aqui as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho na atenção básica; a implantação/implementação de programa de incentivo de remuneração às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários e oferta de atenção integral à saúde do trabalhador.

1.13	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal provê vínculo regular de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais da atenção básica. Realiza concurso ou seleção pública para provimento de cargo permanente ou emprego público.		

1.14	A gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro para as equipes de atenção básica que apresentam desempenho compatível com metas e resultados esperados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal remunera os trabalhadores considerando também o desempenho das equipes de atenção básica. Reconhece e valoriza o processo de trabalho das equipes a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados.		

1.15	A gestão municipal garante aos trabalhadores da atenção básica plano de carreiras, cargos e salários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante, por meio de mecanismos legais instituídos pelo poder público, carreira profissional com previsão de progressão funcional dos trabalhadores da atenção básica em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.		

1.16	A gestão municipal de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com o perfil epidemiológico e situações de risco e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos e readaptação de função.		

D – Subdimensão: participação, controle social e satisfação do usuário

Assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade.

1.17	A gestão municipal de saúde desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal utiliza métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário em relação a: acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, tempo de espera para ser atendido, encaminhamento para os serviços de referência, acompanhamento do usuário na rede de serviços, qualidade do vínculo, comprometimento do profissional, entre outros. Além disso, a gestão promove discussão com as equipes a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como reorientadoras dos processos de trabalho.		

1.18	A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria etc.) aos usuários da atenção básica para expressão de suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.		

1.19	A gestão municipal de saúde apoia o funcionamento adequado e autônomo do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal apoia o funcionamento do CMS no sentido de garantir espaço físico para seu funcionamento, assegura o exercício das suas funções e responsabilidades respaldando às suas decisões e deliberações. Reconhece-o como importante espaço social de discussões e expressão de cidadania, além de potencializar seu papel de mediador das demandas sociais junto ao governo. Apoia as conferências municipais/distritais/locais de saúde por compreendê-las como conquistas fundamentais para a democratização das políticas de saúde no nível local.		

1.20	A gestão municipal de saúde apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal estimula e apoia a formação de conselhos locais de saúde estruturados e vinculados às Unidades Básicas de Saúde, com a participação de profissionais das equipes, de usuários e representantes de movimentos sociais; estimula também a formação de comissões de conselheiros, grupos de trabalho e rodas de conversa nas UBS, além de reuniões mensais ou bimensais de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde com foco no território, com a participação dos usuários do serviço.		

3.5.2 Dimensão: gestão da atenção básica

E – Subdimensão: apoio institucional

O apoio institucional implica o modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, obviamente atentando para as direções de seu uso. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e toma os problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

2.1	A gestão da atenção básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB estabelece relação democrática, cooperativa e aberta ao diálogo com suas equipes de saúde. Estimula a criação e funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Essa relação atende às realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante, agendas de educação permanente.		

2.2	A gestão da AB oferta apoio institucional para as equipes de atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da atenção básica mantém apoiadores de referência para as equipes de atenção à saúde com agendas de encontros regulares, promovendo reuniões, rodas de conversa, diálogos e discussões permanentes e horizontalizadas, escuta aos trabalhadores quanto às suas demandas, dificuldades e preocupações, contribuindo com processos mais autônomos e compartilhados de trabalho. O apoio é organizado considerando um dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador.		

2.3	O processo de trabalho do(s) apoiador(es) institucional(is) é organizado considerando os principais desafios para a qualificação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O processo de trabalho do apoiador institucional é orientado e organizado para promover ações de qualificação da atenção básica no município. São exemplos dessas ações: 1 – Discussão e montagem das agendas das equipes como dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde; 2 – Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; 3 – Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, com base em casos ou situações que apresentam maior risco, mobilizam ou desafiam a equipe; 4 – Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS; 5 – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; 6 – Análise de indicadores e informações em saúde; 7 – Facilitação de processos locais de planejamento; 8 – Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade; 9 – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores		

e usuários; 10 – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede.

F – Subdimensão: educação permanente

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade da transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

2.4	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.		

2.5	A gestão da atenção básica utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão utiliza o apoio matricial para promover a troca de saberes e o desenvolvimento de competências baseado em dúvidas, dificuldades e necessidades de aprendizado das equipes. Promove espaços para invenções e experimentações que ampliam as competências da equipe, contribuindo para o aumento da resolutividade e para a efetivação da coordenação integrada do cuidado. Constituem-se como práticas de apoio matricial as discussões de casos entre profissionais com diferentes especialidades e profissões, atendimento conjunto, capacitação		

de casos específicos, intervenções conjuntas no território e teleconsultoria. São exemplos de matriciadores na atenção básica: equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, equipes de vigilância em saúde, núcleos de Telessaúde, equipes de centros de especialidades, entre outros.

2.6	A gestão da atenção básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação disponibiliza mecanismos virtuais e/ou presenciais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favorecem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.		

2.7	A gestão da atenção básica garante às equipes de saúde momentos destinados a reuniões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da atenção básica garante momentos para a realização de reuniões de equipe, sendo esses espaços utilizados para a organização do processo de trabalho, o planejamento e a avaliação das ações, a educação permanente, a integração e a troca de conhecimentos entre os profissionais. Esses momentos têm periodicidade semanal ou quinzenal, com duração média de duas horas.		

2.8	A gestão da atenção básica faz articulações de forma a propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há promoção de espaços e atividades de formação e aprendizagem para a formação de profissionais com perfil de atuação para a atenção básica. A gestão da atenção básica faz permanentes articulações interna e externa, transformando suas unidades de saúde em campo de pesquisa, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. São exemplos: os alunos do PET-Saúde, dos cursos técnicos, da graduação, dos estágios de vivência, da especialização, de residências multiprofissionais, etc.		

2.9	A gestão da atenção básica viabiliza cursos de atualização e qualificação para os profissionais de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB oferece cursos de atualização e qualificação para os profissionais da gestão, equipes de saúde e técnicos que atuam na atenção básica. Responsabiliza-se por articular a formulação, execução e implementação dessa oferta. Estabelece, quando necessário, critérios para acesso que levam em consideração as necessidades e dificuldades identificadas, relevância do tema, interesse do candidato, tempo de serviço, desempenho, dedicação, entre outros.		

G – Subdimensão: gestão do monitoramento e avaliação – M&A

A incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como um conjunto de ações de levantamento e análise de natureza interna, permanente e rotineira. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre o objeto analisado, constituindo-se em um processo pontual de análise crítica dos resultados de natureza interna ou externa. Espera-se que as ações de monitoramento e avaliação tenham caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, numa abordagem de informação para a ação, e sejam incorporadas no conjunto das atividades dos gestores e das equipes. Desse modo, essas ações envolvem a participação de todos, especialmente dos profissionais das equipes de saúde, gerando reflexão sobre as práticas cotidianas e seus resultados.

2.10	A gestão da atenção básica adota estratégias e instrumentos de monitoramento no seu âmbito de atuação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados na medida em que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. É parte integrante do planejamento no âmbito da atenção básica, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento, citamos: (a) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades de acompanhamento; (b) Definição de responsáveis; (c) Periodicidade do acompanhamento; (d) Instrumentos de sistematização das ações; (e) Mecanismos de divulgação e discussão da sistemática de resultados e estratégias de matriciamento. As áreas técnicas que têm interface com a atenção básica – por exemplo, saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição – são envolvidas e integradas nesse processo.		

2.11	A gestão da atenção básica institui processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A avaliação é de extrema relevância na implementação de qualquer projeto ou ação, pois permite analisar se as atividades/ações implementadas alcançaram ou não os seus objetivos. Constitui-se em julgamentos de valor capazes de produzir respostas para a tomada de decisão. Tais julgamentos podem: (1) Ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa); (2) Ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa); ou (3) Ser produto de avaliações realizadas no cotidiano dos serviços, ou seja, a aplicação de critérios baseados em reflexões respaldadas nas experiências vividas, instintos, percepções, sensibilidades, entre outros (avaliação informal ou prática avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada por uma equipe da organização especialmente designada para essa função. A gestão da atenção básica avalia indicadores de processos e resultados da atenção básica, estratégias de educação permanente, satisfação do usuário e dos profissionais, entre outros, e implementa processos autoavaliativos no âmbito da gestão e equipes de atenção à saúde.		

2.12	A gestão da atenção básica promove discussão de resultados do monitoramento e avaliação com os profissionais das equipes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal utiliza o potencial pedagógico das ações de monitoramento e avaliação, promovendo debates e discussões dos seus resultados com os profissionais das equipes de atenção básica. Induz as práticas avaliativas ou avaliações informais e o acompanhamento na rotina do serviço, estimulando a reflexão, dos profissionais, sobre o fazer cotidiano e os resultados desse fazer. Os resultados insatisfatórios são problematizados com as equipes, ampliando, assim, as possibilidades de soluções mais qualificadas para o enfrentamento e a correção de rumos, constituindo também prioridade para o apoio institucional e a educação permanente.		

2.13	A gestão da atenção básica discute com as equipes os compromissos pactuados com outras esferas de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os compromissos assumidos com outras esferas de gestão, a exemplo, COAP, PMAQ, PROESF, PSE, e outros instrumentos de pactuação local, são apresentados e debatidos com as equipes, considerando-se que os resultados acordados são produzidos no dia a dia do processo de trabalho desses profissionais. As pactuações são precedidas de discussões e diálogos com as equipes, adaptadas ao contexto e a realidade delas, ampliando, assim, as possibilidades de alcance de resultados cada vez mais satisfatórios.		

2.14	A gestão da atenção básica utiliza as informações do sistema de informação da atenção básica como instrumento de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O sistema de informação da atenção básica fornece, sob forma de relatórios, informações que permitem aos gestores e equipes realizar o monitoramento de suas ações e conhecer o perfil sociossanitário da população, o que possibilita uma avaliação da situação de saúde da população e seus condicionantes e determinantes sociais, bem como das ações realizadas. A coordenação utiliza essas informações para subsidiar a tomada de decisão, aumentando, assim, suas chances de sucesso nas intervenções programadas. A coordenação garante a alimentação e atualização da base de dados, procedendo à analise periódica dos relatórios em conjunto com as áreas técnicas da secretaria de saúde e equipes de saúde. A verificação da fidedignidade e consistência das informações produzidas é de fundamental importância para a qualificação da informação.		

3.5.3 Dimensão: Unidade Básica de Saúde

H – Subdimensão: infraestrutura e equipamentos

Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na atenção básica. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para o acolhimento, a humanização do atendimento, a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

3.1	A Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações básicas de saúde e o acolhimento dos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui infraestrutura e equipamentos adequados para o acolhimento e desenvolvimento das ações básicas de saúde no território. Para tanto, deve possuir boa condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, fluxo de usuários, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas e elétricas adequadas, de acordo com a Regulamentação Sanitária e Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde /MS, além de apresentar infraestrutura e equipamentos/materiais mínimos, conforme anexo I.		

3.2	A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS disponibiliza consultórios com espaços destinados ao atendimento individual em número suficiente para garantir o atendimento concomitante de médico e enfermeiro da equipe, sem interrupção, em qualquer período de funcionamento da unidade, garantindo a privacidade dos usuários. Estes deverão ser compartilhados com os demais profissionais da unidade, obedecendo à programação e cronogramas previamente estabelecidos, na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Os consultórios devem ser equipados minimamente, conforme anexo I (itens 49-89).		

3.3	A Unidade Básica de Saúde dispõe de infraestrutura, equipamentos e instrumentais odontológicos completos que permitem o desenvolvimento das ações de saúde bucal de maneira concomitante e integrada com o técnico de saúde bucal (TSB).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui infraestrutura, equipamentos e instrumentais para o desenvolvimento das ações de saúde bucal. Para a integração do TSB, deve dispor de duas cadeiras odontológicas e demais equipamentos na mesma ambiência. Verificar anexo I (itens 90-127).		

3.4	A Unidade Básica de Saúde possui planejamento dos serviços de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O planejamento e a execução dos serviços de manutenção garantem o bom funcionamento das instalações físicas, equipamentos e instrumentais da UBS, sendo feitos sob a ótica preventiva e corretiva, de forma contínua e sistemática, contribuindo, assim, para maior resolutividade das ações em saúde.		

3.5	A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet, aos quais os profissionais têm livre acesso.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Estes recursos – linha telefônica e equipamentos de informática com internet – possibilitam a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde; facilitam os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes; viabilizam a participação no Telessaúde e nas comunidades de práticas, aumentando a troca de experiências, integração, intersetorialidade e integralidade das ações desenvolvidas, entre outras.		

3.6	A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais e equipamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do território, conforme o anexo II.		

3.7	O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas é realizado por meio de veículo oficial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As equipes dispõem de veículo em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, para realizar as atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e cronograma de cada uma delas.		

3.8	A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais, equipamentos e instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e da atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência, analfabetos e idosos. Isso significa ampliação do acesso, equidade e maior qualificação da atenção prestada. As estruturas físicas estão de acordo com a Norma Brasileira ABNT NBR 9.050/2004 (anexo III).		

3.9	A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há placas de identificação visual externa e interna (entrada da UBS, recepção, placa com relação dos serviços ofertados, consultórios, sala de coleta, nebulização, vacina, sala de procedimentos, sala de curativos, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários, sanitários, áreas para pessoas com cadeira de rodas, equipamentos específicos para pessoas com deficiência, consultórios odontológicos, escovário, sala de dispensação de medicamentos, central de material e esterilização, salas de reunião, auditório etc.). Traz adequadamente a identificação visual de modo que a população saiba que é uma unidade de serviços de atenção básica integrante do Sistema Único de Saúde. A identificação visual facilita o acesso dos usuários ao serviço, bem como a sua movimentação interna.		

I – Subdimensão: insumos, imunobiológicos e medicamentos

Essa subdimensão objetiva avaliar a existência, o armazenamento e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento das ações em saúde, a operacionalização da dispensação de vacinas e a distribuição/controle do uso de medicamentos pelos usuários da unidade.

3.10	A Unidade Básica de Saúde (UBS) dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde, incluindo saúde bucal e atividades educativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de insumos em quantidades suficientes para a atenção aos usuários e as atividades educativas destinadas à população. Verificar anexo IV (Ações de saúde- itens (257-319); Saúde bucal- itens (320-359); Atividades educativas- itens (360-400)).		

3.11	A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os materiais e insumos básicos para o processo de trabalho do ACS estão garantidos (Anexo V).		

3.12	A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O calendário de vacinação é definido pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS) e pelo calendário estadual. A UBS organiza e estrutura meios para facilitar o acesso às vacinas básicas e aumentar a cobertura vacinal no território. Estão garantidos os seguintes imunobiológicos: BCG, hepatite B, tetravalente, poliomielite, rotavírus, pneumocócica e meningocócica, tríplice viral, febre amarela e tríplice bacteriana, dupla adulto, febre amarela, *influenza* e pneumococo.		

3.13	A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui materiais impressos em quantidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos da continuidade e qualidade do atendimento prestado (Anexo VI).		

3.14	A Unidade Básica de Saúde dispõe de abastecimento regular e suficiente de materiais, insumos e medicamentos para o desenvolvimento de práticas integrativas e complementares.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A unidade de saúde disponibiliza materiais, insumos e medicamentos utilizados no desenvolvimento das práticas integrativas e complementares, ampliando a atenção, a escolha terapêutica e o acesso aos usuários (Anexo VII- insumos e IX- medicamentos itens (598-605)).		

3.15	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os insumos e medicamentos indispensáveis ao primeiro atendimento de urgência ao usuário, para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser referenciado para outro nível de atenção caso seja necessário, estão garantidos na UBS. Verificar (Anexo VIII - insumos e anexo IX- medicamentos itens (607-617)).		

3.16	A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) são de uso obrigatório e estão garantidos pela Lei nº 6.514/77 e pela NR 06 – Portaria SIT nº 194, de 22 de dezembro de 2006. São produtos de uso individual pelo trabalhador com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde, podendo também ser utilizados pelos usuários. A UBS garante a disponibilização de EPI, tais como óculos de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas, máscaras, capotes, aventais, gorros, botas ou sapatos fechados etc.		

3.17	A Unidade Básica de Saúde disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica garantem a execução do tratamento, do plano terapêutico, da promoção da saúde e da redução de agravos. A UBS é abastecida com quantidade suficiente para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual de medicamentos não comprometa a resolutividade dos tratamentos. Ver anexo IX itens (474-597).		

3.18	A unidade básica de saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imuno-biológicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS faz planejamento estratégico para a regularidade da oferta de materiais/insumos/medicamentos para otimizar recursos financeiros e garantir a continuidade das ações em saúde. Há fichas/mapas diários e/ou mensais e/ou trimestrais de controle de distribuição.		

3.5.4 Dimensão: perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde

J – Subdimensão: perfil da equipe

O perfil dos profissionais da equipe de atenção básica está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às experiências, vivências e práticas por eles experimentadas. Os processos de reorganização da AB vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar, desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

4.1	Os profissionais de nível superior da equipe possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais de nível superior da equipe de atenção básica têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva etc.		

4.2	A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica participa de cursos de atualização, aperfeiçoamento e qualificação de acordo com a disponibilidade das ofertas. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e ferramentas para a melhoria dos processos de trabalho da equipe, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e competências que visam à qualificação na AB.		

4.3	Os profissionais da equipe de atenção básica exercem suas habilidades e competências contribuindo com a gestão do trabalho em equipe	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais da equipe utilizam suas habilidades, conhecimentos e competências (para além das atribuições profissionais) em torno da ampliação da capacidade de equipe de produzir saúde de maneira compartilhada e motivadora. Por exemplo: liderança e criatividade, capacidade de produzir inovações e lidar com dissensos, mediação de conflitos, capacidade de escuta.		

K – Subdimensão: organização do processo de trabalho

A organização do trabalho na atenção básica é fundamental para que a equipe possa avançar tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Consiste na organização do serviço e estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: diagnóstico situacional do território; território adscrito; ações no território, busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas do território durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com normas e rotinas bem estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.

4.4	A equipe de atenção básica trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O território adstrito da equipe de atenção é sua unidade de planejamento de ações, que são desenvolvidas com base nas necessidades e prioridades da comunidade cadastrada. A equipe estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.		

4.5	A equipe de atenção básica planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade e redes sociais no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A noção de território compreende não apenas uma área geográfica delimitada, como também as pessoas, instituições, redes sociais (formais e informais) e cenários da vida comunitária. Por apresentar esse caráter dinâmico, o planejamento das ações em saúde no território é situacional. A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.		

4.6	A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A agenda dos profissionais é recurso-chave para ampliar o acesso aos usuários; otimizar o tempo; priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde da população. Essa organização contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. Assim como para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, oferta de atendimentos agudos e oferta de retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.		

4.7	A equipe realiza a gestão do cuidado na atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe compreende a gestão do cuidado como a sistematização da atenção ao indivíduo e familiares com o intuito de assegurar uma assistência integral, resolutiva e contínua. Elabora, acompanha e gere os projetos terapêuticos singulares, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. Atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, em qualquer um deles, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articula também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Incorpora no seu processo de trabalho ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros.		

4.8	A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe compreende a abordagem familiar como estratégia essencial para o conhecimento e compreensão da dinâmica das pessoas e famílias do território, adotando, assim, uma concepção de família ampliada, o que contribui para o desenvolvimento e sistematização da gestão do cuidado e a continuidade da assistência. Utiliza ferramentas que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações familiar e afetiva (trabalho, moradia, questões econômicas, entre outras). Essas ferramentas ou estratégias auxiliam também na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, FIRO, PRACTICE, visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) etc.		

4.9	A equipe de atenção básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação. Uma oferta assim estruturada aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado.		

4.10	A equipe de atenção básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A visita domiciliar possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento com encaminhamento oportuno à Unidade Básica de Saúde; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da atenção básica. Segundo os parâmetros da PNAB o agente comunitário de saúde deve acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês.		

4.11	A equipe de atenção básica realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, definição de critérios para agendamento programado de consultas, pronto-atendimento de ocorrências imprevistas e referenciamento para outros dispositivos da rede de atenção, quando for o caso, durante todo o horário de funcionamento da unidade e a todos os usuários do território, ainda que possam ter períodos de concentração do esforço conjunto da equipe, garantindo, assim, a acessibilidade e resolutividade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.		

4.12	A equipe de atenção básica realiza atendimento nos casos de urgências e emergências médicas e odontológicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe acolhe a demanda de portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo atendimento resolutivo às urgências básicas e prestando o primeiro atendimento às emergências. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada, ampliando, assim, a resolutividade da atenção básica e fortalecendo o vínculo equipe–comunidade. Uma situação de *urgência básica* é entendida como ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado, e a intervenção exigida está no âmbito de resolutividade da atenção básica. O *primeiro atendimento de emergência* é entendido como abordagem inicial de agravos que apresentam risco de vida e que, por essa razão, exigem assistência imediata para a recuperação do estado de saúde ou estabilização/suporte de vida, com vistas ao encaminhamento seguro para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.		

4.13	A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração média de duas horas. Utiliza esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outras.		

4.14	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a correção de rumos. Entende que monitorar, avaliar e discutir resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.		

4.15	A equipe de atenção básica faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como seus retornos utilizando critérios de equidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe mantém registro das referências, contrarreferências e solicitações de exames dos casos mais graves e/ou complexos. Essas informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, facilitam a coordenação do cuidado e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves). E reduzem o tempo de espera e retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.		

L – Subdimensão: atenção integral à saúde

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programática, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Essa integralidade da atenção também se expressa numa abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde. As equipes de atenção básica também são responsáveis pela integralidade do acesso a todos os pontos da rede de serviços de saúde.

4.16	A caderneta de saúde da criança é solicitada e atualizada por todos os membros da equipe de atenção básica em qualquer atendimento a crianças até nove anos de idade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Todos os membros da equipe conhecem o cartão ou caderneta de saúde da criança, estão sensibilizados para a importância desse instrumento e solicitam sua apresentação pelos pais ou responsáveis, avaliando-o e preenchendo-o em todas as situações de procura por atendimento. Preenchem a caderneta utilizando termos de fácil de compreensão pela família e evitam a utilização de termos técnicos, prolixos ou que sejam compreendidos apenas por sua própria categoria profissional. A equipe conhece as orientações que constam na caderneta de saúde da criança quanto ao registro civil de nascimento, direitos dos pais e das crianças, amamentação e alimentação complementar saudável, saúde bucal e avaliação/classificação de sinais de perigo, atualizando todos os seus campos: identificação completa da criança, com endereço, dados da gravidez, parto e puerpério, marcos de crescimento e desenvolvimento, saúde ocular e auditiva, gráficos de nascimento (perímetro cefálico, peso x idade, altura x idade) e imunizações (vacinas, doses, lotes e datas).		

4.17	A equipe de atenção básica acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano da sua área de abrangência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza, durante o primeiro ano de vida da criança, no mínimo sete consultas de acompanhamento, sendo três com o médico e quatro de enfermagem. Essas consultas acontecem na 1ª semana e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. A avaliação integral da saúde da criança envolve o registro, na caderneta de saúde da criança e no prontuário, de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, imunizações e intercorrências, estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psicoafetivos). O acompanhamento da criança é realizado visando a estreitar e manter o vínculo da criança e da família com a Unidade Básica de Saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.		

4.18	A equipe de atenção básica acompanha as crianças com idade entre 12 meses e 9 anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe possui registro das crianças entre 12 meses e 9 anos, realiza avaliação e classificação de sinais de perigo/risco e tratamento oportuno a partir de definição de prioridades de atendimento e acompanhamento. O acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização ocorre por meio de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, visitas domiciliares, orientações sobre promoção do desenvolvimento infantil e grupos operativos com famílias. É preconizada a realização de uma consulta aos 18 meses, outra aos 24 meses e consultas anuais próximas ao mês de aniversário da criança a partir dos dois anos de idade.		

4.19	A equipe de atenção básica desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança, para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe conhece os 10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos; promove o aleitamento materno e a introdução de outros alimentos saudáveis por meio de orientação a gestantes, puérperas e mães/cuidadores nas consultas de pré-natal e nas consultas agendadas para a dupla mãe–bebê; faz observação direta da mamada, sucção, posicionamento da criança e pega, orientando e prevenindo o surgimento de patologias relacionadas à má posição ou pega; em casos de necessidade de ordenha, enfoca a importância da ordenha manual do leite e doação a banco de leite humano; recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança e, a partir do sexto mês, a alimentação complementar, compreendendo esse processo em seu contexto sociocultural e familiar.		

4.20	A equipe de atenção básica realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico do programa nacional de imunização na população de crianças até 10 anos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações estratégicas e busca ativa, visando a ampliar a cobertura vacinal nessa faixa etária, e mantém organizados os registros das vacinas realizadas.		

4.21	A equipe de atenção básica realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Durante o primeiro trimestre, as gestantes necessitam ser reconhecidas, e esse é o melhor momento para promover: a sua vinculação com a equipe, garantindo, assim, um bom acompanhamento do pré-natal com consultas em número suficiente e qualidade satisfatória; a identificação e intervenção em tempo oportuno em possíveis problemas; a determinação mais precisa da data provável de parto (DPP). A equipe realiza o teste rápido de gravidez na própria UBS e registra precocemente a gestante no SISPRENATAL. A equipe de atenção básica faz a análise de captação de gestantes utilizando a seguinte fórmula: {[número de nascidos vivos no município (fonte: SINASC) do ano anterior + 10% (perdas estimadas)]/população do município} x 100. Para efeito de cadastramento e acompanhamento domiciliar, a equipe de saúde considera todas as gestantes, inclusive aquelas cobertas por planos privados de saúde.		

4.22	A equipe de atenção básica identifica e acompanha todas as gestantes de sua área de atuação com oferta de seis ou mais consultas de pré-natal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A atenção pré-natal constitui-se em uma das ações mais elementares da atenção básica, impactando de maneira muito positiva os indicadores materno-infantis. Seis ou mais consultas com profissionais de nível superior (consultas alternadas e complementares entre o médico e o enfermeiro) são oferecidas mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente no termo. A equipe realiza os exames complementares indicados, exames para diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama, imunização antitetânica e para hepatite B. Faz uma avaliação clínica em cada consulta, que, no mínimo, envolve classificação de risco, avaliação nutricional, mensuração da pressão arterial e da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal (após o quarto mês). Realiza atividades educativas mensais, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério. Busca promover ou ampliar a participação do companheiro no pré-natal, parto e puerpério, pois essa participação repercute muito positivamente na melhoria do estado geral de saúde da gestante. Mantém o acompanhamento por meio de visitas domiciliares e de grupo de educação em saúde das gestantes que optaram por realizar o pré-natal em outros serviços. Realiza ações de saúde bucal com, no mínimo, uma avaliação odontológica por trimestre de gestação. A atenção odontológica à gestante compreende avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas e considerando o período da gestação, além de ações de educação e prevenção.		

4.23	A equipe de atenção básica realiza ações de vigilância, diagnóstico e tratamento de todos os casos de sífilis, na gestante e seu parceiro.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais de nível superior fazem exames de rotina para detecção de sífilis (VDRL) no primeiro e terceiro trimestre do pré-natal. Nos casos em que o resultado é positivo, realizam busca ativa da gestante e do parceiro para tratamento imediato, com acompanhamento e aconselhamento; fazem investigação epidemiológica e notificação no SINAN. Essas medidas possibilitam reduzir o número de casos de sífilis congênita na população.		

4.24	A equipe de atenção básica realiza visita domiciliar para a mãe e seu bebê na primeira semana de vida.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais da equipe realizam visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Quando se trata de recém-nascido de risco, é feita nos primeiros três dias após a alta. Nela, ocorre a verificação ou orientação do registro de nascimento, preenchimento do cartão ou caderneta de saúde da criança, verificação das condições de alta da maternidade, unidade de assistência ao recém-nascido, verificação da realização do teste do pezinho, avaliação de saúde da puérpera, considerando seu estado emocional, vínculo com o bebê, coloração das mucosas, presença de febre, cor e odor dos lóquios, e avaliação/classificação dos fatores/situações de risco. A equipe orienta sobre aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida e alimentação complementar depois do sexto mês, com oferta de alimentos saudáveis, compreendendo esse processo no contexto sociocultural e familiar. Observa e avalia a mamada, a sucção, o posicionamento da criança e pega, orientando e prevenindo o surgimento de patologias relacionadas à má posição ou pega. Quando há necessidade de ordenha de leite, enfoca a importância da ordenha manual e a doação ao banco de leite humano.		

4.25	A equipe de atenção básica realiza consulta de puerpério até 42 dias após o parto.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessa consulta, a equipe verifica o registro de nascimento, o cartão ou caderneta de saúde da criança, as condições de alta da maternidade, a unidade de assistência ao recém-nascido. Avalia a saúde da puérpera, considerando seu estado emocional, vínculo com o bebê, coloração das mucosas, presença de febre, cor e odor dos lóquios, e avaliação/classificação dos fatores/situações de risco. A equipe de saúde orienta sobre a sexualidade, planejamento familiar, sobre aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida e alimentação complementar depois do sexto mês, com oferta de alimentos saudáveis, compreendendo esse processo no contexto sociocultural e familiar. Observa e avalia a mamada, a sucção, o posicionamento da criança e pega, orientando e prevenindo o surgimento de patologias relacionadas à má posição ou pega. Quando há necessidade de ordenha de leite, enfoca a importância da ordenha manual e a doação ao banco de leite humano.		

4.26	A equipe de atenção básica desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama e faz busca ativa dos casos de citologia alterada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza ações coletivas e individuais de prevenção/controle do câncer de colo uterino e de mama, tais como orientação e autoexame, sensibilização e realização de citologia de colo uterino, buscando alcançar índices de cobertura na população feminina superiores a 90%. A equipe faz o monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise, busca ativa das usuárias com exame positivo e encaminhamento ou realização da intervenção indicada. O exame clínico de mama é uma rotina da equipe de atenção básica, sendo realizado, no mínimo, uma vez ao ano em todas as mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos. O rastreamento de câncer de mama por meio de mamografia, para mulheres entre 50 e 74 anos, é bianual. A decisão de começar o rastreamento bianual com mamografia antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada, levando em consideração o contexto da paciente, os benefícios e os malefícios.		

4.27	A equipe de atenção básica realiza ações de atenção integral à saúde do homem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A atenção integral à saúde do homem pressupõe: (a) Existência de cadastro atualizado da população masculina do território; (b) Busca ativa pela equipe para realização de, pelo menos, uma consulta/ano para homens entre 20 e 59 anos; (c) Ações de orientação e sensibilização da população masculina de 40 a 59 anos para medidas de detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e disfunção erétil, entre outros agravos do trato geniturinário; (d) Oferta de atendimento em horários alternativos adequados; (e) Ações de integração dos homens nas atividades educativas de planejamento familiar; (f) Ampliação da participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e desenvolvimento da criança; g) Oferta de exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino; h) Ações de identificação, acolhimento e encaminhamento em situações de violência envolvendo homens; (i) Ações educativas para prevenção de violências e acidentes e uso de álcool e outras drogas, orientadas especificamente para a população masculina.		

4.28	A equipe de atenção básica desenvolve ações regulares de planejamento familiar.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O planejamento familiar visa a garantir assistência à concepção (processo que envolve desde a fecundação até o nascimento da criança) e contracepção, tanto para a mulher quanto para o homem, sendo parte das ações que compõem a assistência integral à saúde na atenção básica. A equipe realiza um conjunto de ações educativas individuais e/ou coletivas de orientação quanto à fertilidade, uso de métodos contraceptivos básicos (camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis), realização de laqueadura de trompas e de vasectomia, direitos sexuais e reprodutivos, respeitando os aspectos religiosos e culturais. Se necessário, faz aconselhamento na etapa de pré-gestação acerca de síndromes hereditárias (Down, autismo, esquizofrenia etc.) e incompatibilidade sanguínea.		

4.29	A equipe de atenção básica oferece atenção integral à saúde do adolescente a partir da utilização da sua caderneta de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A atenção integral à saúde do adolescente pressupõe: (a) Manutenção de cadastro atualizado da população adolescente do território; (b) Oferta de atendimento humanizado, com ênfase no sigilo, na privacidade e no respeito às especificidades e direitos deles; (c) Utilização da caderneta de saúde do adolescente nas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; (d) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por meio da identificação das variáveis pubertárias, fisiológicas normais e patológicas e de suas repercussões no indivíduo; (e) Monitoramento da cobertura vacinal; (f) Realização de ações preventivas e educativas para a saúde sexual e reprodutiva. A equipe de saúde intervém nos fatores de vulnerabilidade relacionados ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, doenças crônicas e violências, apoiando e orientando as famílias. Articula equipamentos comunitários e desenvolve ações intersetoriais para complementar a atenção a essas pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, quando necessário.		

4.30	A equipe de atenção básica realiza acompanhamento integral da saúde do idoso.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A atenção integral à saúde do idoso pressupõe: (a) Existência de cadastro atualizado dessa população no território; (b) Realização de atendimento domiciliar aos idosos impossibilitados de se locomover; (c) Monitoramento da cobertura vacinal; (d) Realização de exame da cavidade bucal e da superfície corporal em todas as consultas médicas e de enfermagem, com a finalidade de identificar lesão cancerosa e maus-tratos; (e) Intervenções para detecção precoce das principais demências que incidem nessa população (Parkinson, Alzheimer etc.); (f) Acompanhamento pela equipe de saúde bucal; (g) Intervenções junto às famílias para identificar e capacitar cuidadores que irão prestar assistência domiciliar adequada; (h) Utilização da caderneta do idoso em todas as situações de atendimento.		

4.31	As ações de saúde bucal são desenvolvidas em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de saúde bucal da atenção básica assume a responsabilidade pela detecção das necessidades em saúde bucal da população do seu território, providencia os encaminhamentos necessários e monitora a evolução da reabilitação acompanhando e mantendo a reabilitação no período pós-tratamento. São ações prioritárias da atenção à saúde bucal na atenção básica: (a) Inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde, seja por ciclos de vida (saúde da criança, saúde do idoso, saúde do adulto etc.), seja por condição de vida (gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoa com deficiência etc.); (b) Implantação com resolubilidade do pronto-atendimento odontológico; (c) Inclusão da reabilitação protética com foco na prótese total e na prótese parcial removível. A equipe busca constante integração com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, quando houver, na perspectiva da atenção integral e de um projeto terapêutico integrado.		

4.32	A equipe de saúde bucal realiza ações de prevenção e promoção da saúde bucal da população do território adscrito.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A promoção da saúde bucal nasce de um conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, pois integra a saúde bucal às demais práticas do campo da saúde coletiva. Assim, ações de promoção nesse campo incluem o incentivo ao uso de dentifrício fluoretado e abordagens de fatores de risco e de proteção tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, traumatismos e câncer). Essas abordagens envolvem ações de incentivo à alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, ações junto à comunidade para aumentar o autocuidado por meio da higiene corporal e bucal, eliminação do tabagismo e redução de acidentes.		

4.33	A equipe de atenção básica identifica e mantém registro atualizado de todos os hipertensos do seu território e organiza a atenção com base na sua classificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe identifica e mantém registro atualizado na ficha A e no sistema de informação da atenção básica do número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários e sexo. Analisa periodicamente a população em acompanhamento, considerando a prevalência estimada de hipertensão para o território. A média de prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil é de 18% na população acima de 15 anos (PNAD, 2008), variando de 12% a 22%. As ações de atenção à saúde de hipertensos são desenvolvidas com base na classificação de risco segundo o nível pressórico, adesão e resposta ao tratamento, da presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia etc. A frequência das consultas médicas e de enfermagem é estabelecida baseada nessa avaliação. A medição do nível pressórico e a classificação de risco dos hipertensos acompanhados pela equipe com registro na ficha de acompanhamento permitem o monitoramento individual e coletivo do agravo. A equipe de saúde também realiza ações educativas e de promoção da saúde orientadas para hábitos de vida saudáveis, e registra a frequência e a participação dos hipertensos nas atividades agendadas, o que lhe permite fazer a busca ativa dos faltosos no sentido de recuperar a sua adesão ao tratamento.		

4.34	A equipe de atenção básica identifica e mantém registro atualizado de todos os diabéticos do seu território e organiza a atenção a partir de sua classificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe identifica e mantém registro atualizado na ficha A e no sistema de informação da atenção básica do número de diabéticos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários e sexo. Analisa periodicamente a população em acompanhamento, considerando a prevalência estimada de diabetes para o território. A prevalência da diabetes na população de 15 anos ou mais no Brasil varia de 2,6% a 6%, sendo a média de 4,5% (PNAD, 2008). As ações de atenção à saúde a essa população são desenvolvidas a partir da classificação de risco segundo o nível glicêmico, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia para o autocuidado. A frequência das consultas médicas, de enfermagem e odontológicas é estabelecida com base nessa avaliação. Em todas as consultas, realiza-se aferição da pressão arterial, medição da glicemia, exame dos pés dos diabéticos, orientações sobre alimentação saudável, atividade física e fumo. A equipe avalia semestralmente a A1c (hemoglobina glicosilada), glicemia de jejum e outras medidas de controle metabólico (conforme o protocolo estabelecido), a classificação de risco, medição e registro do IMC. Anualmente, a equipe realiza o exame de fundo de olho e a investigação de neuropatia periférica e de nefropatia diabética (microalbuminúria), além de ações educativas e de promoção da saúde orientadas para hábitos de vida saudáveis; e registra a frequência e a participação dos diabéticos nas atividades agendadas, o que lhe permite fazer a busca ativa dos faltosos no sentido de recuperar a sua adesão ao tratamento.		

4.35	A equipe de atenção básica desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve as seguintes ações em relação à tuberculose (TB): (a) Identificação de sintomáticos respiratórios por meio de busca ativa (cerca de 1% da população); (b) Diagnóstico de 70% dos casos de TB estimados para o território (casos novos do ano anterior + 10%), preferencialmente por meio da baciloscopia com qualidade; (c) Notificação dos casos diagnosticados, acompanhamento e tratamento em regime diretamente observado, com alcance de cura em 85% deles; (d) Oferta do teste anti-HIV para 100% dos casos de tuberculose, acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste e seu referenciamento para os serviços de retaguarda para a coinfecção TB/HIV; (e) Busca ativa de faltosos, com o objetivo de reduzir o abandono ao tratamento a menos de 5% dos casos; (f) Encerramento dos casos no livro de registro de pacientes; (g) Acompanhamento do tratamento dos casos de TB com registro no boletim de acompanhamento; (h) Criação de estratégias de avaliação e terapia preventiva (quimioprofilaxia) nos comunicantes quando indicado; (i) Reflexão sobre a temática da tuberculose nas atividades de educação em saúde. A equipe também garante a qualidade das informações referentes ao diagnóstico e tratamento dos casos de TB, com envio regular e oportuno dessas informações para a área de vigilância no município, além de monitorar o alcance de metas.		

4.36	A equipe de atenção básica desenvolve ações de vigilância, diagnóstico, controle e tratamento da hanseníase no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações de educação em saúde para a população sobre os diversos aspectos da abordagem da hanseníase na atenção básica; faz detecção de novos casos (casos novos do ano anterior + 5%), incluindo busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos; faz notificação e monitoramento da regularidade dos usuários às consultas agendadas; realiza busca ativa de faltosos e esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado; acompanha os casos em tratamento. Nos municípios, o tratamento da hanseníase é descentralizado. A equipe realiza o tratamento, tem apoio das equipes de referência, faz manejo das complicações, monitora o encerramento dos casos tratados com envio da informação de conclusão para a vigilância em saúde municipal e acompanha os indicadores com vistas à reorganização do processo de trabalho da equipe.		

4.37	A equipe de atenção básica identifica e acompanha as pessoas com sofrimento psíquico de seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe identifica as pessoas com sofrimento psíquico no seu território e faz o acompanhamento delas por meio de atividades desenvolvidas individualmente, em grupos ou por meio de abordagem familiar. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, tratamento e acompanhamento, reinserção social e referenciamento para a rede de atenção psicossocial, quando necessário. Realiza atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde e nas visitas domiciliares, bem como outras estratégias de cuidado, para as pessoas com sofrimentos psíquicos. São condições geradoras de sofrimento psíquico: depressão, lutos, perdas, transtornos ansiosos, dependências químicas, psicoses, entre outras.		

4.38	A equipe de atenção básica identifica e acompanha os usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica identifica os usuários de álcool e outras drogas no território e faz o acompanhamento por meio de atividades desenvolvidas individualmente, em grupos ou por meio de abordagem familiar. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, prevenção primária ao uso prejudicial do álcool e outras drogas, diagnóstico precoce, redução de danos, tratamento e acompanhamento, reinserção social e referenciamento para a rede de atenção, quando necessário. A equipe faz atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde e nas visitas domiciliares, sempre buscando fortalecer a rede social e comunitária.		

4.39	A equipe de atenção básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações para a cessação de fumar entre os usuários de tabaco e ações educativas para redução do seu uso, especialmente entre crianças e adolescentes, tais como: parceria com escolas para a realização de discussão sobre o tema tabagismo; promoção de ambientes de livres de fumo; tratamento para cessação de fumar na população usuária de tabaco de seu território; interface com o programa de tabagismo de referência, entre outras.		

4.40	A equipe de atenção básica desenvolve ações para identificar casos de violência e promover a cultura de paz.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de saúde, de preferência em parceria com organizações não governamentais e/ou movimentos sociais, realiza campanhas e reuniões de esclarecimento da população sobre mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência. O tema da violência é de grande importância para a saúde pública porque tem magnitude, gravidade e impacto sobre a saúde individual e coletiva. O impacto sobre a população traduz-se especialmente em mortalidade precoce, com diminuição da expectativa e qualidade de vida de adolescentes, jovens, adultos e idosos. O fenômeno da violência possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com condicionantes e determinantes sociais e econômicos como desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda e exclusão social; também tem relação com comportamentos culturalmente determinados, como machismo, racismo e homofobia. A violência pode ocorrer nos âmbitos intrafamiliar ou comunitário e assumir formas variáveis, como violência física, psicológica, sexual ou negligência/abandono.		

4.41	A equipe de atenção básica desenvolve atividades coletivas abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/aids e hepatites virais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações educativas com jovens, adultos e idosos do território adscrito abordando temas sobre sexualidade (corpo, desejo), gênero (LGBT), prevenção de DST/aids e hepatites virais.		

4.42	A equipe de atenção básica realiza aconselhamento, diagnóstico e acompanhamento dos casos de DST/aids e hepatites virais, abordando também o(a) parceiro(a).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica oferece testagem para diagnóstico de HIV/aids e hepatites virais acompanhada de aconselhamento em todas as situações de abordagem terapêutica, em todas as gestantes com acompanhamento pré-natal e em outros usuários que desejarem realizá-la. Nos casos positivos de HIV/aids e hepatites virais, a equipe faz busca ativa para comunicação, notificação e encaminhamento para o tratamento em unidade de referência, mantendo também o acompanhamento dos casos na Unidade Básica de Saúde. Na ocorrência de DSTs, a equipe realiza diagnóstico e tratamento sindrômico, notificação e investigação dos casos identificados e monitoramento de indicadores para a reorganização dos processos de trabalho da equipe. O(a) parceiro(a) é sempre incluído(a) no cuidado e participa de ações educativas e preventivas relacionadas à transmissão vertical do HIV/aids e hepatites virais, incluída a vacinação contra a hepatite B, conforme calendário nacional.		

4.43	A equipe da atenção básica desenvolve ações de vigilância epidemiológica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, e assumir a responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência. A equipe se responsabiliza pelos procedimentos de vigilância epidemiológica sobre as diferentes comunidades adscritas aos territórios, nas diferentes fases do ciclo de vida; reconhece surtos e ocorrências de caráter episódico; identifica e intervém nos agravos transmissíveis; realiza bloqueios e intervenções imediatas; além de desenvolver fluxo de identificação, investigação e notificação epidemiológica.		

4.44	A equipe de atenção básica desenvolve ações de vigilância ambiental e sanitária.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A vigilância em saúde ambiental objetiva conhecer, detectar e prevenir qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interfira na saúde humana. A vigilância sanitária compõe um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde por meio de intervenções nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde.		

A equipe de atenção básica desenvolve junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoque no ambiente, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões como: tratamento adequado e qualidade da água para consumo humano, destino do lixo, saneamento, prevenção de acidentes, detecção de riscos físicos (torres de alta tensão/telefonia celular, estação e subestação elétrica, riscos químicos), áreas cultivadas com agrotóxicos, indústrias poluentes, etc.

4.45	A equipe de atenção básica identifica situações de risco e ocorrências relacionadas à saúde do trabalhador e adota as medidas necessárias.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A vigilância em saúde do trabalhador caracteriza-se por um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A equipe identifica e notifica a existência de trabalhadores em situação de risco: trabalho infantil, trabalho escravo, exposição a condições de insalubridade e periculosidade, acidentes de trabalho etc.		

4.46	A equipe de atenção básica realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica investiga os casos de óbito infantil ocorridos em seu território preenchendo os instrumentos de coleta de informações (ficha de investigação domiciliar e ambulatorial disponibilizadas pela SES/SMS ou MS). Após essa investigação, a equipe reúne-se para discutir possíveis falhas do processo e corrigi-las. Dessa reunião participam o médico, o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde, quando houver. A equipe orienta-se pelo Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do MS.		

4.47	A equipe de atenção básica desenvolve ações para a redução do número de casos de dengue e sua letalidade no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe conhece os aspectos epidemiológicos (índice de infestação predial, incidência, letalidade etc.) e as manifestações fisiopatológicas da dengue. Realiza ações de educação em saúde junto à população, ações conjuntas com a equipe de zoonoses visando à erradicação dos focos do *Aedes aegypti*, atendimento ao paciente sintomático de acordo com protocolo da SMS, SES ou MS, notificação e acompanhamento diário de casos suspeitos e encaminhamento dos casos graves após estabilização seguindo o fluxo municipal/regional.		

4.48	A equipe de atenção básica desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica realiza ações educativas, preferencialmente com metodologia participativa e em parceria com os equipamentos sociais do território, buscando incentivar o diálogo e a reflexão sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico. A equipe pauta-se na corresponsabilidade pela qualidade da ambiência na qual se insere o conjunto da população; trabalha aspectos que influenciam o processo saúde–doença, tais como manejo de resíduos sólidos (lixo), qualidade da água (fonte de abastecimento e esgotamento sanitário), focos de queimadas e desmatamento e outras questões de responsabilidade social e sustentabilidade.		

4.49	A equipe de saúde de atenção básica desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe entende grupo terapêutico como um espaço que trabalha questões referentes ao senso de identidade, conscientização, coletividade, autoestima, autoexpressão, habilidades específicas, potencialidades e outras. A equipe desenvolve grupos terapêuticos com o intuito de proporcionar um espaço de relação e trocas interpessoais, viabilizando a busca de uma maior apropriação dos usuários sobre sua vida e atitudes, levando-os à expressão e à ressignificação de suas posições assumidas na vida e no processo da corresponsabilização e gestão do seu cuidado. Os grupos terapêuticos potencializam as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências, a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletiva, contribuindo na gestão do autocuidado, e no estabelecimento de redes sociais e comunitárias, espaços de convivência e apoio mútuo, ampliando coletivamente a autonomia dos envolvidos. São exemplos de grupos terapêuticos: grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, psicodrama, terapia comunitária, entre outros.		

4.50	A equipe de atenção básica atua regularmente na rede pública escolar avaliando as condições de saúde dos educandos e desenvolvendo ações preventivas e promotoras de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de saúde na escola (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio) em parceria com as equipes de profissionais das escolas. Aborda conteúdos relativos à avaliação das condições de saúde dos educandos (atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica e de agravos de saúde negligenciados, avaliação antropométrica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, nutricional e de saúde bucal), bem como aspectos de prevenção e promoção à saúde (segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção de violências).		

4.51	A equipe de atenção básica incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física, como alongamento, capoeira, caminhada, dança, práticas orientais como lian-gong, tai-chi-chuan, chi-gong, entre outras. Elas contribuem para o aumento da atividade física e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. Busca potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas para ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis.		

4.52	A equipe de atenção básica desenvolve estratégias de estímulo à alimentação saudável respeitando a cultura local.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica conhece os hábitos culturais e alimentos mais utilizados pela população local, integrando esse conhecimento com as orientações técnicas que oferece durante as atividades realizadas de educação em saúde (grupos operativos, palestras e oficinas, consultas), para incentivo à alimentação saudável.		

4.53	A equipe de saúde reconhece e dialoga com os usuários respeitando sua visão de mundo e a interpretação do processo saúde–doença, a partir de diferentes conhecimentos e saberes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe dialoga com diferentes realidades, culturas e saberes no desenvolvimento do cuidado entendendo que todo encontro entre indivíduos – profissionais de saúde e usuários – é sempre de enriquecimento mútuo. Respeita os diversos saberes e identifica que barreiras desse tipo podem provocar o insucesso do cuidado, já que o Brasil é um país multicultural. A isso chamamos de interculturalidade no cuidado à saúde.		

4.54	A equipe de atenção básica participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local, com ênfase no desenvolvimento comunitário e na atuação intersetorial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe participa de iniciativas de desenvolvimento comunitário em conjunto com a população e/ou movimentos sociais. Considerando-se a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde–doença, a realização de ações/estratégias/projetos integrados com diversos setores governamentais e não governamentais é de fundamental importância.		

4.55	A equipe de atenção básica desenvolve estratégias de integração dos saberes popular e técnico-científico.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações sistemáticas no campo da educação popular e saúde, mantendo registro atualizado das experiências realizadas. Busca atuar em conjunto com grupos da Pastoral da Criança e/ou outras pastorais, movimentos sociais, benzedeiras, xamãs, raizeiro, etc., sempre na perspectiva da troca e integração de saberes.		

4.56	A equipe de atenção básica desenvolve ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática no território	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica desenvolve ações de promoção da cidadania no território, incentivando a reflexão sobre temas como: diferenças, preconceitos, estigma social, exclusão/inclusão social, pessoas com sofrimento psíquico, pessoas com deficiência, obesos, população de rua, população rural, questões étnicas e de gênero e população em situações de vulnerabilidade social.		

4.57	A equipe de atenção básica conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e identifica, durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que também fazem uso de seus recursos terapêuticos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica conhece a PNPIC, as racionalidades e os recursos terapêuticos por ela incluídos no SUS. Identifica em seu território os usuários em tratamento com homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura (MTC), plantas medicinais e/ou fitoterapia, medicina antroposófica ou com águas termais. Conhece os recursos terapêuticos não medicamentosos utilizados na MTC/acupuntura e incluídos no SUS (acupuntura, moxabustão, ventosas, eletroestimulação e práticas corporais). Realiza também ações de educação em saúde abordando o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. Conhece tecnicamente o Programa Farmácia Viva, integrante da PNPIC e da PNPMF no SUS, por meio do qual são desenvolvidas atividades de cultivo, coleta, beneficiamento e armazenamento de plantas medicinais, manipulação e dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. Tem informações de que a medicina antroposófica está no SUS como observatório de práticas e que possui diversos recursos terapêuticos medicamentosos e não medicamentosos (aconselhamento biográfico, aplicações externas, salutogênese, terapia artística, euritmia etc.). Reconhece a existência de diversos tipos de fontes termais (hipertérmicas, isotérmicas e hipotérmicas) e seus diferentes usos terapêuticos (ingestão de água, banhos termais, peloides, fangoterapia, talassoterapia etc.).		

M – Subdimensão: participação, controle social e satisfação do usuário

A participação da comunidade – usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social – nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização.

4.58	A equipe de atenção básica reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O fortalecimento da participação popular amplia a compreensão dos profissionais de saúde sobre a realidade de vida da população, fortalece vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas. O plano de trabalho da equipe inclui agendas de discussão conjunta com a população por meio de reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos e conferências locais de saúde. Além disso, a equipe busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas e ONGs, entre outras.		

4.59	A equipe de atenção básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação da atenção básica.		

4.60	A equipe de atenção básica disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe disponibiliza informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários.		

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO

Dimensão: gestão municipal

Subdimensão – A: implantação e implementação da atenção básica no município – 90 pontos

Nº padrões	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Subdimensão – B: organização e integração da Rede de Atenção à Saúde – 30 pontos

Nº padrões	1.10	1.11	1.12	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão – C: gestão do trabalho – 40 pontos

Nº padrões	1.13	1.14	1.15	1.16	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

Subdimensão – D: participação, controle social e satisfação do usuário – 40 pontos

Nº padrões	1.17	1.18	1.19	1.20	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

Classificação da dimensão gestão municipal

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
A					
B					
C					
D					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos/4)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO

Dimensão: gestão da atenção básica

Subdimensão – E: apoio institucional – 30 pontos

Nº padrões	2.1	2.2	2.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão – F: educação permanente – 60 pontos

Nº padrões	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Subdimensão – G: gestão do monitoramento e avaliação – M&A – 50 pontos

Nº padrões	2.10	2.11	2.12	2.13	2.14	Soma total
Resultados obtidos						

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 50

Classificação da dimensão gestão da atenção básica

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
E					
F					
G					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos/3)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO

Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensão – H: infraestrutura e equipamentos – 90 pontos

Nº padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Subdimensão – I: insumos, imunobiológicos e medicamentos – 90 pontos

Nº padrões	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	3.17	3.18	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Classificação da dimensão Unidade Básica de Saúde

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
H					
I					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos/2)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO

Dimensão: perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde

Subdimensão – J: perfil da equipe – 30 pontos

Nº padrões	4.1	4.2	4.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão – K: organização do processo de trabalho – 120 pontos

Nº padrões	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14	4.15
Resultados obtidos												

Nº padrões	Soma total
Resultados obtidos	

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 23	24 a 47	48 a 71	72 a 95	96 a 120

Subdimensão – L: atenção integral à saúde – 420 pontos

Nº padrões	4.16	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26	4.27
Resultados obtidos												
Nº padrões	4.28	4.29	4.30	4.31	4.32	4.33	4.34	4.35	4.36	4.37	4.38	4.39
Resultados obtidos												
Nº padrões	4.40	4.41	4.42	4.43	4.44	4.45	4.46	4.47	4.48	4.49	4.50	4.51
Resultados obtidos												
Nº padrões	4.52	4.53	4.54	4.55	4.56	4.57	Soma total					
Resultados obtidos												

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 83	84 a 167	168 a 251	252 a 335	336 a 420

Subdimensão – M: participação social e satisfação do usuário – 30 pontos

Nº padrões	4.58	4.59	4.60	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Classificação da dimensão: perfil da equipe, processo de trabalho e atenção integral à saúde

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
J					
K					
L					
M					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos/4)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

REFERÊNCIAS

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. **Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Manual de estándares**. Sevilla: Consejería de Salud, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2010.

ARCE, H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. **Int J Qual Health Care**, [S.l.], v. 10, n. 6, p. 469-472, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisl acao/inde x2.cfm>. Acesso em: out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual instrutivo.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: out. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-47, 1997.

DONABEDIAN, A. Twenty years of research on quality of medical care. 1965- 1984. **Evaluation and the Health Professions**, [S.l.], n. 8, p. 243-65, 1985.

FRIAS, P.G. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico I. et al. (Orgs.) **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, cap. 4, p. 43-56, 2010.

HARTZ, Z. et al. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.

LEVITT, C.; HILTS, L. **Quality Book of Tools**. Hamilton: MC Master Innovation Press, 2010.

LOHR, K. Institute of Medicine. Medicare: **A strategy for quality assurance**. Ed. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2002. Disponível em: <http:// books.google.com.br/books>. Acesso em: out. 2011.

MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: Editora FUNDAP, 2000.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade**. Lisboa, 1999a.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Sub-Direcção Geral para a Qualidade **Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde**: Moniquor. 2. ed. Lisboa, 1999b.

SANTOS, R. L. G. **Usabilidade de interfaces para sistemas de recuperação de informação na web**: estudo de caso de bibliotecas on-line de universidades federais brasileiras. Rio de Janeiro: PUC/Departamento de Artes e Design, 2006.

SILVA, M. J. P. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In: Markus Brose (Org.). **Metodologia participativa**: uma introdução a 20 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. p. 161-176.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1.561-1.569, 2002.

ANEXO I

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA A UBS

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA UBS (PADRÕES 3.1, 3.2 e 3.3)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetro**	**Sim**	**Não**
Abrigo de resíduos sólidos		1 por UBS		
Administração e gerência		1 por UBS		
1	Arquivo	1		
2	Cadeiras	3		
3	Computador	1		
4	Estante ou armário	1		
5	Impressora	1		
6	Mesa tipo escritório com gavetas	1		
7	Quadro mural	1		
8	Telefone	1		
Almoxarifado		1 por UBS		
9	Armários	1		
10	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal	1		
11	Cadeiras	1		
12	Estantes	1		
13	Mesa	1		
Área para abrigo de compressor e bomba		1 por UBS		
Área de espera:		1 a cada 15 pessoas		
14	Bebedouro	1		
15	Suporte para TV e Vídeo	1		
16	Longarina	20 assentos por EAB		
17	Televisor	1		
Área de dispensação de medicamentos		1 por UBS		
18	Armários de aço com chaves	1		
19	Cadeiras	1		
20	Escada	1		
21	Estante modulada	2		
22	Mesa de escritório	1		
23	Refrigerador	1		
Área externa		1 por UBS		
Área externa para embarque de ambulância		1 por UBS		
Área de recepção		1 por UBS		
24	Arquivos fichário de metal	1		
25	Cadeiras	2		
26	Mesa de escritório	1		
27	Mesa de impressora	1		
28	Mesa de microcomputador	1		
Área de serviço		1 por UBS		
29	Armários e bancadas	1		
30	Tanque de louça ou de aço	1		

Continua....

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA UBS (PADRÕES 3.1, 3.2 e 3.3)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
Banheiro/vestiário para funcionários		1 para 1 e 2 EAB; 2 para 3, 4 e 5 EAB (deve ser previsto um banheiro para cada sexo)		
31	Armário	1 a cada 10 funcionários		
32	Bacia sanitária			
33	Chuveiro			
34	Lavatório			
Central de materiais de esterilização (recepção, lavagem e descontaminação/esterilização e estocagem)		1 por UBS		
35	Armários de aço	1		
36	Armários sobre e/ou sob bancada	1		
37	Autoclave	1		
38	Bancada com bojo (descontaminação)	1		
39	Bancada sem bojo (esterilização)	1		
40	Ducha para lavagem	1		
41	Escada	1		
42	Estante modulada	1		
43	Exaustor	1		
44	Guichês	2		
45	Lavatório	1		
46	Mesa auxiliar ou bancada	1		
47	Pia e pia de despejo	1		
48	Torneira com fechamento que dispense uso das mãos	1		
Consultório com sanitário		1 cons. para 1 e 2 EAB; 2 cons. para 3 EA; 3 cons. para 4 e 5 EAB		
49	Armário vitrine	1		
50	Bacia sanitária	1		
51	Balança antropométrica	1		
52	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal	1		
53	Banqueta giratória	1		
54	Biombo	1		
55	Cadeiras	2		
56	Detector fetal e/ou estetoscópio de Pinard	1		
57	Escada de dois degraus	1		
58	Esfigmomanômetro	1		
59	Instrumentais	Suficiente para a demanda		
60	Estetoscópio	1		
61	Foco de luz	1		
62	Glicosímetro	1		
63	Lanterna clínica	1		

Continua....

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA UBS (PADRÕES 3.1, 3.2 e 3.3)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
64	Lavatório/torneira que dispense uso das mãos	1		
65	Mesa para exames ginecológicos	1		
66	Mesa auxiliar	1		
67	Mesa tipo escritório	1		
68	Negatoscópio	1		
69	Otoscópio + espéculos	1		
70	Porta-dispensador de sabão líquido	1		
71	Porta-papel toalha	1		
Consultório		1 cons. para 1 EAB; 3 cons. para 2 e 3 EAB; 4 cons. para 4 EAB; 5 cons. para 5 EAB.		
72	Armário vitrine	1		
73	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal	1		
74	Balança antropométrica	1		
75	Biombo	1		
76	Cadeiras	2		
77	Escada de dois degraus	1		
78	Esfigmomanômetro	1		
79	Estetoscópio	1		
80	Foco de luz	1		
81	Glicosímetro	1		
82	Lanterna clínica	1		
83	Lavatório com torneira que dispense uso das mãos	1		
84	Mesa para exames	1		
85	Mesa tipo escritório	1		
86	Negatoscópio	1		
87	Otoscópio + espéculos	1		
88	Porta-papel toalha	1		
89	Porta-dispensador de sabão líquido	1		
Consultório odontológico		1 por EAB		
90	Amalgamador	1		
91	Aparelho de RX odontológico (não obrigatório)	1		
92	Armário sobre e sob bancada	1		
93	Autoclave	1		
94	Bancada com pia	1		
95	Bomba a vácuo	1		
96	Cadeiras	3		
97	Cadeira odontológica	1 ou 2 caso equipe modalidade II		
98	Caixa sifonada com tampa em aço	1		
99	Câmara escura (p/ aparelho de raios X)	1		
100	Compressor c/ válvula de segurança (isento de óleo)	1		

Continua....

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA UBS (PADRÕES 3.1, 3.2 e 3.3)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
101	Equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice	1		
102	Filtro para a cadeira	1		
103	Filtro para o compressor	1		
104	Fotopolimerizador	1		
105	Jato de bicarbonato	1		
106	Lavatório com torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos	1		
107	Mocho odontológico	2		
108	Negatoscópio	1		
109	Pedal de acionamento do equipo	1		
110	Porta-papel toalha	1		
111	Refletor de luz	1		
112	Ultrasom odontológico	1		
113	Unidade auxiliar			
Instrumental saúde bucal				
114	Alavancas inox (adulto e infantil)	10 adultos e 5 infantis por EAB		
115	Alveolótomo	3		
116	Aplicadores de hidróxido de cálcio	10		
117	Bandejas de aço	10		
118	Brunidores para restaurações de amálgama	5		
119	Cabos para bisturi	2		
120	Caixa com tampa em aço inox	15		
121	Condensadores para restaurações de amálgama	5		
122	Curetas cirúrgicas	2		
123	Curetas periodontais	Suficiente para as necessidades		
124	Escavadores de dentina nº 5	5		
125	Escavadores de dentina nº 11,5	5		
126	Escavadoress para pulpotomia	2		
127	Esculpidores	5		
Copa/cozinha		01 por UBS		
128	Bancada com pia	01		
129	Mesa e Cadeira	Suficiente para atender a necessidade dos funcionário		
130	Fogão	01		
131	Geladeira	01		
Depósito de material de limpeza/área de serviço		Mesa	01	
132	Armário	1		
133	Bancada	1		
134	Tanque de louça ou aço	1		
Escovário		1 por UBS (recomendado, porém não obrigatório)		
135	Espelho	1		
136	Lavatório c/ 3 ou 4 torneiras	1		
137	Porta-dispensador de sabão líquido	1		
138	Porta-papel toalha	1		
Sala de acolhimento multiprofissional		1 por UBS		
139	Mesa tipo escritório	1		
140	Cadeira	2		

Continua....

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA UBS (PADRÕES 3.1, 3.2 e 3.3)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
Sala ACS/ACE		1 por UBS		
141	Armário	1		
142	Cadeira	Suficiente para atender à necessidade dos ACS/ACE		
143	Mesa reunião	1		
144	Quadro branco ou aviso	1		
Sala de armazenagem de medicamentos		1 por UBS		
145	Armários de aço	1		
146	Cadeiras	1		
147	Escada	1		
148	Estante modulada	1		
149	Mesa de escritório	1		
Sala de atividades coletivas		1 por UBS		
150	Cadeiras universitárias/ou cadeiras de auditório	15		
151	Mesa	1		
152	Quadro branco	1		
153	Retroprojetor/outros equipamentos de mídia (computador, data show etc.)	1		
154	DVD/Videocassete	1		
Sala de coleta		1 por UBS (caso a UBS faça coleta)		
155	Armários sob e sobre a bancada	1		
156	Mesa tipo escritório com gavetas	1		
157	Cadeiras	3		
158	Mesa para exame clínico	1		
159	Escada com dois degraus	1		
Sala de curativos		1 por UBS		
160	Armário vitrine	1		
161	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal	1		
162	Biombo	1		
163	Cadeira de rodas	1		
164	Cadeiras	33		
165	Carro de curativo ou mesa auxiliar	1		
166	Cilindro de oxigênio (preso em suporte)	1		
167	Escada de dois degraus	1		
168	Esfigmomanômetro	1		
169	Estetoscópio	1		
170	Foco de luz	1		
171	Mesa auxiliar	11		
172	Mesa de escritório	1		
173	Mesa de exame clínico	1		
174	Porta-dispensador de sabão líquido	1		

Continua....

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA UBS (PADRÕES 3.1, 3.2 e 3.3)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
175	Porta-papel toalha	1		
176	Suporte de soro	1		
Sala de inalação coletiva		1 por UBS		
177	Armário vitrine	1		
178	Armário sobre a bancada	1		
179	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal	1		
180	Cadeiras ou bancos	Proporcional ao número de saídas		
181	Cadeiras	2		
182	Central de nebulização	1 régua de gases 4 saídas		
Sala de observação/urgência e emergência		1 por UBS		
183	Aspirador portátil	1		
184	Balde cilíndrico para porta-detrito com pedal	1		
185	Biombo	1		
186	Cilindro de oxigênio portátil completo	1		
187	Colar cervical (*kit* com três tamanhos)	1		
188	Escada de dois degraus	1		
189	Esfigmomanômetro	1		
190	Estetoscópio	1		
191	Glicosímetro	1		
192	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	1		
193	Lanterna clínica	1		
194	Maca com grades removíveis e rodas com travas	1		
195	Otoscópio + espéculos	1		
196	Porta-dispensador de sabão líquido	1		
197	Porta-papel toalha	1		
198	Ressuscitador manual *kit* adulto, infantil e neonatal (Ambu)	1		
Sala de procedimentos		1 por UBS		
199	Armário vitrine	1		
200	Balança antropométrica	1		
201	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal	1		
202	Cadeira de rodas	1		
203	Cilindro de oxigênio (preso em suporte)	1		
204	Esfigmomanômetro	1		
205	Estetoscópio	1		
206	Foco de luz	1		
207	Glicosímetro	1		
208	Lanterna clínica	1		
209	Mesa auxiliar	1		
210	Mesa para exames	1		
211	Nebulizador	1		
212	Porta-dispensador de sabão líquido	1		

213	Porta-papel toalha	1		
214	Suporte de soro	1		
INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS BÁSICOS E MATERIAIS PARA UBS (PADRÕES 3.1, 3.2 e 3.3)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
Sala de vacinas		1 por UBS		
215	Armário vitrine	1		
216	Armário com porta para guarda de materiais	1		
217	Arquivo de aço com gaveta	1		
218	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal	1		
219	Cadeiras	3		
220	Mesa para exames	1		
221	Mesa escritório com gavetas	1		
222	Porta-dispensador de sabão líquido	1		
223	Porta-papel toalha	1		
224	Refrigerador para vacina (capacidade mínima para 280 litros)	1		
Sanitário para deficientes		1 para 1 a 5 EAB		
Sanitários para usuários		1 para 1 EAB; 2 para 2 e 3 EAB; 4 para 4 e 5 EAB		

ANEXO II

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PADRÃO 3.6)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
225	Ambu com máscara adulto, pediátrico	1		
226	Aspirador portátil	1		
227	Balde cilíndrico para porta-detrito com pedal	1		
228	Braçadeira	1		
229	Biombo	1		
230	Cilindro de oxigênio portátil completo	1		
231	Colar cervical (*kit* com três tamanhos)	1		
232	Escada de dois degraus	1		
233	Esfigmomanômetro	1		
234	Estetoscópio	1		
235	Glicosímetro	1		
236	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	1		
237	Laringoscópio com lâmina (adulto e infantil)	1		
238	Lanterna clínica	1		
239	Maca com grades removíveis e rodas com travas	1		
240	Máscara de oxigênio	1		
241	Otoscópio	1		
242	Porta- dispensador de sabão			
243	Porta papel toalha	1		
244	Ressuscitador manual adulto	1		
245	Ressuscitador manual infantil e neonatal (Ambu)	1		
246	Suporte para soro	1		
247	Umidificador para oxigênio	1		

ANEXO III

ESTRUTURA FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ESTRUTURA FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PADRÃO 3.8)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
248	Sanitário adaptado	1		
249	Barras de apoio	1		
250	Uso do corrimão	1		
251	Rampas de acesso	1		
252	Larguras das portas e corredores de circulação com medidas compatíveis com a circulação de usuários com cadeira de rodas e macas	1		
253	Piso antiderrapante	1		
254	Balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes	1		
255	Sinalização em alto relevo e comunicação em relevo (Braille)	1		
256	Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva; figuras, desenhos e cores que indiquem os ambientes da UBS	1		

ANEXO IV

INSUMOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE

INSUMOS SUFICIENTES PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL E ATIVIDADES EDUCATIVAS (PADRÃO 3.10)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
	Insumos para ações de saúde			
257	Abaixador de língua	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
258	Adaptador para coleta a vácuo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
259	Água oxigenada	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
260	Agulhas descantáveis de diversos tamanhos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
261	Agulhas para a coleta a vácuo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
262	Algodão	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
263	Almotolias	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
264	Ataduras de crepe	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
265	Avental descartável	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
266	Baldes para solução desincrostante para instrumentos não descartáveis	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
267	Bandeja plástica perfurada	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
268	Bisturi	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
269	Caixa de isopor	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
270	Caixa térmica para a conservação dos imunobiológicos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
271	Cesto de lixo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
272	Coletor de urina (sistema)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
273	Coletor universal para exames	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
274	Coletores para perfurocortantes	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
275	EPI (avental impermeável, luva de borracha cano longo, sapatos fechados impermeáveis e óculos protetores)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
276	Equipos para soro (macro e microgotas)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
277	Escova endocervical	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
278	Esparadrapo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
279	Espátula de Ayres	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

	Continua...			
INSUMOS SUFICIENTES PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL E ATIVIDADES EDUCATIVAS (PADRÃO 3.10) (continua)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
280	Espéculos descartáveis(vários tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
281	Esponja (expurgo)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
282	Escova (expurgo)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
283	Fios para sutura (diferentes tamanhos) para a UBS	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
284	Fita adesiva	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
285	Fita micropore	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
286	Fita para glicosímetro	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
287	Fita teste para esterilização	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
288	Fixador citológico	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
289	Frasco com tampa coleta de materiais para exames	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
290	Garrote	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
291	Gazes (estéril e não estéril)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
292	Gelco punção vasos calibr. (adultos/crianças)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
293	Gelo reciclável	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
294	Grade para suporte dos tubos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
295	Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
296	Lâmina com uma extremidade fosca	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
297	Lâminas de bisturi	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
298	Lancetas para punção digital	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
299	Lençol descartável	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
300	Luvas (procedimento e estéril)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
301	Máscara de oxigênio	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
302	Máscara para nebulização e chicote	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
303	Máscara descartável	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
304	Papel filtro	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
305	Papel grau cirúrgico ou outro da padronização	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
306	Papel toalha	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

INSUMOS SUFICIENTES PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL E ATIVIDADES EDUCATIVAS (PADRÃO 3.10) (continua)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
307	Recipiente plástico com tampa	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
308	Recipiente para acondicionamento de lâminas usadas	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
309	Sabão líquido	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
310	Saco plástico para lixo descartável (branco, preto)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
311	*Scalp* ou abocath	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
312	Seringas descartáveis de diversos tamanhos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
313	Sonda nasogástrica (diversos tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
314	Sonda vesical (diversos tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
315	Termômetro clínico	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
316	Termômetro de cabo extensor	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
317	Termômetro de máxima e mínima	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
318	Termômetro linear	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
319	Tubo para coleta de exame	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
Insumos para saúde bucal				
320	Anestésico	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
321	Eugenol	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
322	Brocas maxicut e minicut	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
323	Brocas/ fresas de alta e baixa rotação	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
324	Ceras (rosa e utilidade)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
325	Cimento ionômero de vidro	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
326	Cimentos cirúrgicos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
327	Cimentos de hidróxido de cálcio	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
328	Cimentos de óxido de zinco	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
329	Cunha de madeira	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
330	Discos de polimento	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
331	Escova de robson	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
332	Flúor gel	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
333	Fio de sutura odontologia	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

INSUMOS SUFICIENTES PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL E ATIVIDADES EDUCATIVAS (PADRÃO 3.10) (continua)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
334	Gazes(estéril e não estéril)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
335	Gesso pedra	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
336	Gesso pedra especial tipo IV	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
337	Godiva de baixa fusão	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
338	Gorros descartáveis	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
339	Limalha de prata	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
340	Luvas (estéril e procedimento)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
341	Material de moldagem (alginato)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
342	Matriz de aço 5 e 7 mm	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
343	Mercúrio	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
344	Óculos de proteção	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
345	Papel carbono para articulação	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
346	Pasta profilática	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
347	Pasta zinco enólica	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
348	Placa de vidro	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
349	Pó de hidróxido de cálcio	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
350	Resina acrílica	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
351	Resinas fotopolimerizáveis	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
352	Rolo de algodão	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
353	Sabão líquido	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
354	Selantes	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
355	Sugadores descartáveis	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
356	Tiras de aço para acabamento	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
357	Vaselina sólida	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
358	Vaselina líquida	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
359	Verniz cavitário	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

Insumos para atividade educativa e expediente UBS				
INSUMOS SUFICIENTES PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL E ATIVIDADES EDUCATIVAS (PADRÃO 3.10) (continua)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
360	Agenda	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
361 362	Álbuns seriados	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
363	Apontador	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
364	Blocos (vários tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
365	Borracha	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
366	Caixas (Box, organizadora, outras)	Quantidade suficiente para desenvolvimento das ações		
367	Caderno	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
368	Caneta esferográfica(Várias cores)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
369	Caneta hidrocor	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
370	Carimbos e almofadas	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
371	Cartolina	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
372	Cartucho ou toner	Quantidade suficiente para desenvolvimento das ações		
373	Clips	Quantidade suficiente para desenvolvimento das ações		
374	Calculadora	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
375	CD e DVD	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
376	Cola	Quantidade suficiente para desenvolvimento das ações		
377	Dispenser	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
378	Envelopes (vários tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
379	Etiquetas	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
380	Extrator de grampo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
381	Fichários de mesa	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
382	Fita adesiva	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
383	*Flip chart*	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
384	*Guilhotina*	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
385	Grampeador e grampos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
386	Lápis	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

387	Livro (ata, registro, ponto e outros)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

INSUMOS SUFICIENTES PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL E 389ATIVIDADES EDUCATIVAS (PADRÃO 3.10) (continua)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
388	Papel cenário	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
389	Papel A4, ofício e outros	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
390	Papel contínuo (formulário contínuo)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
391	Pastas diversas (suspensa, com elástico, AZ, plástico, papelão, sanfonada, fichário, outras)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
392	Percevejos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
393	Perfurador	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
394	Pilhas (palito, média e grande) e/ou baterias	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
395	Pincel atômico(várias cores)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
396	Pincel de quadro branco (várias cores)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
397	Régua	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
398	Rolo de flip charp	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
399	Tesoura	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
400	Tintas para almofada de carimbo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

ANEXO V

MATERIAIS E INSUMOS PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

MATERIAIS E INSUMOS PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PADRÃO 3.11)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
401	Balança para pesagem	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
402	Bicicleta	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
403	Boné	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
404	Borracha	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
405	Calçados fechados	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
406	Caneta	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
407	Colete ou camiseta	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
407	Crachá	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
409	Fichas de cadastro e acompanhamento (ficha – A, ficha – B, ficha – C, ficha – D e SSA2)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
410	Lápis	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
411	Pasta ou mochila	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
412	Prancheta	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
413	Protetor solar	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
414	Régua	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

ANEXO VI

MATERIAL IMPRESSO PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES EM SAÚDE

MATERIAL IMPRESSO PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES EM SAÚDE (PADRÃO 3.13)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
415	Ficha da saúde do adolescente	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
416	Ficha da saúde da mulher	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
417	Ficha da saúde do homem adulto	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
418	Ficha da saúde do idoso	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
419	Ficha da saúde do trabalhador	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
420	Ficha de tuberculose, hanseníase	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
421	Ficha de hipertensão, diabetes	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
422	Fichas de DST-HIV	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
423	Ficha de investigação dos eventos adversos pós-vacinação	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
424	Ficha de fluxo imediato de eventos adversos pós-vacinação	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
425	Ficha de investigação e notificação	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
426	Ficha de referência e contrarreferência	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
427	Fichas SSA2,PMA2,Cadastro(A)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
428	Ficha de prontuário e encaminhamento	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
429	Ficha de notificação de alteração de temperatura	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
430	Fichas preventivo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
431	Formulário de requisição e de remessa de exames	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
432	Mapa diário de vacinação	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
433	Mapa para controle diário de temperatura do refrigerador	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
434	Receituários , e atestado médicos e comparecimento	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
435	Outros impressos relevantes	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

ANEXO VII

MATERIAIS, INSUMOS PARA PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

EQUIPAMENTOS, MATERIAIS, INSUMOS PARA PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PADRÃO 3.14)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
436	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
437	Copos de ventosa	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
438	Equipamento para eletroacupuntura	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
439	Esfera vegetal para acupuntura auricular	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
440	Esfera metálica para acupuntura auricular	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
441	Mapas de pontos de acupuntura	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
442	Moxa (carvão e/ou artemísia)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

ANEXO VIII
INSUMOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

INSUMOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PADRÃO 3.15)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
443	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
444	Algodão	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
445	Ataduras de gaze	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
446	Avental descartável	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
447	Cateter de oxigênio nasal	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
448	Cesto de lixo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
449	Coletor de urina (sistema fechado)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
450	Coletores para perfurocortantes	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
451	Esparadrapo	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
452	Fios para sutura (diferentes tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
453	Fita micropore	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

INSUMOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PADRÃO 3.15)				
Nº	**Descrição**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
454	Fitas para glicosímetro	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
455	Garrote	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
456	Gazes (estéril e não estéril)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
457	Gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
458	Lâminas de bisturi	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
459	Lençol descartável	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
460	Luvas (procedimento e estéril)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
461	Máscaras descartáveis	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
462	Óculos de proteção	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
463	Papel toalha	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
464	Pilhas descartáveis (palito, média e grande) e/ ou baterias elétricas	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
465	Recipientes com tampa	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
466	Sabão líquido	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
467	Saco plástico para lixo, descartável	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
468	*Scalp* ou abocath	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
469	Seringas descartáveis de diversos tamanhos	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
470	Sonda de aspiração endotraqueal	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
471	Sonda nasogástrica (diversos tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
472	Sonda vesical (diversos tamanhos)	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		
473	Termômetro clínico	Quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações		

ANEXO IX

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.17)				
Nº	**Descrição dos medicamentos**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
474	Acetazolamida	Quantidade suficiente		
475	Aciclovir comprimido	Quantidade suficiente		
476	Ácido acetilsalicílico	Quantidade suficiente		
477	Ácido fólico comprimido	Quantidade suficiente		
478	Ácido fólico solução oral	Quantidade suficiente		
479	Ácido salicílico pomada 5%	Quantidade suficiente		
480	Albendazol	Quantidade suficiente		
481	Albendazol suspensão oral	Quantidade suficiente		
482	Alcatrão mineral pomada 1% Alendronato de sódio	Quantidade suficiente		
483	Alopurinol	Quantidade suficiente		
484	Alopurinol	Quantidade suficiente		
485	Amiodarona,cloridrato de	Quantidade suficiente		
486	Amitriptilina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
487	Amoxicilina	Quantidade suficiente		
488	Amoxicilina + clavulanato de potássio	Quantidade suficiente		
489	Anlodipino, besilato de	Quantidade suficiente		
490	Atenolol	Quantidade suficiente		
491	Azitromicina	Quantidade suficiente		
492	Beclometasona, dipropionato de	Quantidade suficiente		
493	Benzilpenicilina benzatina	Quantidade suficiente		
494	Benzilpenicilina procaína + Benzilpenicilina potássica	Quantidade suficiente		
495	Biperideno, cloridrato de	Quantidade suficiente		
496	Budesonida	Quantidade suficiente		
497	Captopril	Quantidade suficiente		
498	Carbamazepina	Quantidade suficiente		
500	Carbonato de cálcio	Quantidade suficiente		
501	Carbonato de cálcio + colecalciferol	Quantidade suficiente		
502	Carbonato de lítio	Quantidade suficiente		
503	Carvelidol	Quantidade suficiente		
504	Cefalexina (sódica ou cloridrato)	Quantidade suficiente		

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.17)				
Nº	**Descrição dos medicamentos**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
505	Cetoconazol	Quantidade suficiente		
506	Ciprofloxacino, cloridrato de	Quantidade suficiente		
507	Claritromicina	Quantidade suficiente		
508	Clindamicina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
509	Clomipramina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
510	Clonazepam	Quantidade suficiente		
511	Cloranfenicol	Quantidade suficiente		
512	Cloreto de sódio- solução nasal 0,9%	Quantidade suficiente		
513	Clorpromazina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
514	Dexametasona	Quantidade suficiente		
515	Dexclorfeniramina, maleato de	Quantidade suficiente		
516	Diazepam	Quantidade suficiente		
517	Digoxina	Quantidade suficiente		
518	Dipirona sódica	Quantidade suficiente		
519	Enalapril, maleato de	Quantidade suficiente		
520	Eritromicina, estearato de	Quantidade suficiente		
521	Espiramicina	Quantidade suficiente		
522	Espironolactona	Quantidade suficiente		
523	Estriol creme vaginal	Quantidade suficiente		
524	Estrogênios conjugados	Quantidade suficiente		
525	Etinilestradiol + levonorgestrel	Quantidade suficiente		
526	Fenitoína sódica	Quantidade suficiente		
527	Fenobarbital	Quantidade suficiente		
527	Fluconazol	Quantidade suficiente		
529	Fluoxetina, cloridrato de	Quantidade suficiente		

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.17)(continuação)				
Nº	**Descrição dos medicamentos**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
530	Furosemida	Quantidade suficiente		
531	Gentamicina, sulfato de-	Quantidade suficiente		
532	Glibenclamida	Quantidade suficiente		
533	Glicerol	Quantidade suficiente		
534	Gliclazida	Quantidade suficiente		
535	Haloperidol	Quantidade suficiente		
536	Hidralazina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
537	Hidroclorotiazida	Quantidade suficiente		
538	Hidrocortisona, acetato de	Quantidade suficiente		
539	Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio	Quantidade suficiente		
540	Hidroxocobalamina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
541	Hipromelose	Quantidade suficiente		
542	Ibuprofeno	Quantidade suficiente		
543	Ipratrópio, brometo de	Quantidade suficiente		
544	Itraconazol	Quantidade suficiente		
545	Ivermectina	Quantidade suficiente		
546	Levodopa + benserazida	Quantidade suficiente		
547	Levodopa + carbidopa	Quantidade suficiente		
548	L e v o n o rg e s t r e l	Quantidade suficiente		
549	Levotiroxina sódica	Quantidade suficiente		
550	Lidocaína, cloridrato de	Quantidade suficiente		
551	Loratadina	Quantidade suficiente		
552	Losartana potássica	Quantidade suficiente		
553	Medroxiprogesterona, acetato de	Quantidade suficiente		
554	Metformina, cloridrato de	Quantidade suficiente		

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.17) (continuação)				
Nº	**Descrição dos medicamentos**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
555	Metildopa	Quantidade suficiente		
556	Metoclopramida, cloridrato de	Quantidade suficiente		
557	Metoprolol, succinato de	Quantidade suficiente		
558	Metronidazol	Quantidade suficiente		
559	Miconazol, nitrato de	Quantidade suficiente		
560	Nistatina	Quantidade suficiente		
561	Nitrofurantoína	Quantidade suficiente		
562	Noretisterona	Quantidade suficiente		
563	Noretisterona, enantato de + estradiol, valerato de	Quantidade suficiente		
564	Nortriptilina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
565	Óleo mineral	Quantidade suficiente		
566	Omeprazol	Quantidade suficiente		
567	Paracetamol	Quantidade suficiente		
568	Pasta d' água	Quantidade suficiente		
569	Permanganato de potássio	Quantidade suficiente		
570	Permetrina	Quantidade suficiente		
571	Peróxido de benzoíla	Quantidade suficiente		
572	Pilocarpina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
573	Piridoxina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
574	Prednisolona, fosfato sódico	Quantidade suficiente		
575	Prednisona	Quantidade suficiente		
576	Prometazina	Quantidade suficiente		
577	Propafenona, cloridrato de	Quantidade suficiente		
578	Propiltiouracila	Quantidade suficiente		
579	Propranolol, cloridrato de	Quantidade suficiente		

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.17) (continuação)				
Nº	**Descrição dos medicamentos**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
580	Ranitidina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
581	Retinol, palmitato de	Quantidade suficiente		
582	Sais para reidratação oral	Quantidade suficiente		
583	Salbutamol, sulfato de	Quantidade suficiente		
584	Sinvastatina	Quantidade suficiente		
585	Sulfadiazina	Quantidade suficiente		
586	Sulfadiazina de prata	Quantidade suficiente		
587	Sulfametoxazol + trimetoprima	Quantidade suficiente		
588	Sulfato de magnésio	Quantidade suficiente		
589	Sulfato de zinco	Quantidade suficiente		
590	Sulfato ferroso	Quantidade suficiente		
591	Te c l o z a n	Quantidade suficiente		
592	Tetraciclina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
593	Tiamina, cloridrato de	Quantidade suficiente		
594	Timolol, maleato de	Quantidade suficiente		
595	Valproato de sódio ou ácido valpróico	Quantidade suficiente		
596	Varfarina sódica	Quantidade suficiente		
597	Verapamil, cloridrato de	Quantidade suficiente		
Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos da Atenção Básica				
Nº	**Descrição dos medicamentos**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
598	Alcachofra (*Cynara scolymus*)	Quantidade suficiente		
599	Aroeira (*Schinus terebinthifolius*)	Quantidade suficiente		
600	Cáscara-sagrada (*Rhamnus purshiana*)	Quantidade suficiente		
601	Espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*)	Quantidade suficiente		

Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos da AB (PADRÃO 3.14)(continua)				
Nº	**Descrição dos medicamentos**	**Parâmetros**	**Sim**	**Não**
602	Garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens*)	Quantidade suficiente		
603	Guaco (*Mikania glomerata*)	Quantidade suficiente		
604	Isoflavona de Soja (*Glycine max*)	Quantidade suficiente		
605	Unha-de-gato (*Uncaria tomentosa*)	Quantidade suficiente		
Medicamentos de urgência e emergência da AB (PADRÃO 3.15)				
607	Adrenalina	Quantidade suficiente		
608	Atropina	Quantidade suficiente		
609	Diazepan	Quantidade suficiente		
610	Glicose 50%	Quantidade suficiente		
611	Haloperidol	Quantidade suficiente		
612	Terbutalina	Quantidade suficiente		
613	Tiamina	Quantidade suficiente		
614	Fenoterol	Quantidade suficiente		
615	Hidrocortisona	Quantidade suficiente		
616	Ipratrópio	Quantidade suficiente		
617	Prometazina	Quantidade suficiente		
617	Soro fisiológico a 0,9%	Quantidade suficiente		
617	Soro glicosado 5%	Quantidade suficiente		

*Todos os medicamentos da AB estão listados na Portaria nº 4.217, de 29 de dezembro de 2010 – Componente Básico da Assistência Farmacêutica

* Medicamentos de urgência e emergência estão listados na-------

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA