VERSÃO PRELIMINAR

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

Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Atenção Básica Parametrizada e de Saúde Bucal)

Brasília
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

AMAQ

Brasília – DF
2016

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

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

AMAQ

(Versão preliminar)

3ª edição

Brasília – DF
2016

© 2014 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. Venda proibida. Distribuição gratuita. 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: <www.saude.gov.br/bvs>.

Elaboração, distribuição e informações:
Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,
Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Supervisão geral:
Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral:
Allan Nuno Alves de Sousa
Aristides Oliveira
Eduardo Melo
Felipe Cavalcanti
Gilberto Pucca
Hêider Aurélio Pinto
Patrícia Constante Jayme
Patrícia Sampaio Chueri
Thais Severino da Silva

Revisão Técnica:
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Aristides Oliveira
Edson Hilan Gomes de Lucena
Eduardo Melo
Hêider Aurélio Pinto
José Eudes Barroso Vieira
Pauline Cavalcanti
Renata Pella
Sylvio da Costa Júnior
Thaís Alessa Leite

Elaboração Técnica:
Adriana Kitajima
Aristides Oliveira
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Antônio Neves Ribas
Dirceu Ditmar Klitzke
Edson Hilan Gomes de Lucena
Eduardo Melo
José Eudes Barroso Vieira
Pauline Cavalcanti
Renata Pella
Sylvio da Costa Júnior
Thaís Alessa Leite
Thaís Coutinho
Francy Webster Pereira

Colaboração:
Alejandra Prieto de Oliveira
Alessandra Amaral de Souza
Alyne Araújo de Melo
Ana Carolina Feldenheimer
Ana Carolina Lucena Pires
Ana Lucia Sousa Pinto
Ana Maria Cavalcante de Lima
Angélica Saraiva Sá
Carla Belo de Matos
Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena
Carolina Pereira Lobato
Caroline Machado Weber
Cássia Pereira Abella
Charleni Inês Scherer
Daniel Miele Amado
Doralice Severo da Cruz Teixeira
Fernanda Ferreira Marcolino
Flávia Henrique
Gilberto David Filho
Graziela Tavares
Heide Gauche
Irene Lopes Oliveira
Janaína Calu
Katia Motta Galvão Gomes
Kelly Poliany de Souza Alves
Kimielle Cristina Silva
Lorena Melo
Márcia Helena Leal
Mirian Faria Larrat
Moacir Paludetto Junior
Patrícia Tiemi Cawahisa
Priscila Mara Anjos Nunes
Régis Cunha de Oliveira
Renata Santana
Renato Taqueo Placeres Ishigame
Rimena Glaucia Dias de Araújo
Rodrigo Cabral da Silva
Sara Araújo da Silva

Participação:
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica
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 Gestão do Trabalho de da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Normalização:
Marjorie Fernandes Gonçalves

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AMQ-ESF – Avaliação para a 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
CMS – Conselho Municipal 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
GM – Gabinete do Ministro
GTI-M – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal
M&A – Monitoramento e Avaliação
MS – Ministério da Saúde
MTC – Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG – Organização Não Governamental
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
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI– Programa Nacional da Imunização
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
POF – Pesquisa de Orçamento Familiar
PPP – Projeto Político Pedagógico
PRACTICE – Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in Life Cycle; Illness in Family; Coping with Stress; Ecology
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SF – Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
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
UBS – Unidade Básica de Saúde
Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

Apresentação
1 AVALIAÇÃO
2 AUTOAVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
2.1 Momentos Autoavaliativos
2.2 Momentos do Processo Autoavaliativo
2.3 Planejamento e Intervenção
3 A FERRAMENTA – AUTOAVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
3.1 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica à Saúde
3.2 Organização do Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
3.3 Padrões de Qualidade
3.4 Classificação dos Padrões de Qualidade
3.5 Classificação das Dimensões e Subdimensões

PARTE I – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL
A – SUBDIMENSÃO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
B – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
C – SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO TRABALHO
D – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
E – SUBDIMENSÃO: APOIO INSTITUCIONAL
F – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE
G – SUBDIMENSÃO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – M&A
DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
H – SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS
I – SUBDIMENSÃO: INSUMOS, IMUNOBIOLÓGICOS E MEDICAMENTOS
DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
J – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA
K – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
L – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
M – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
N – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

PARTE II – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL

A – SUBDIMENSÃO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO
B – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL
C – SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO TRABALHO
D – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
DIMENSÃO: COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
E – SUBDIMENSÃO: APOIO INSTITUCIONAL
F – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE
G – SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
H – SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS
I – SUBDIMENSÃO: INSUMOS, INSTRUMENTAIS E MEDICAMENTOS
DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL
J – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
K – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
L – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL
M – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
N – SUBDIMENSÃO: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA
Dimensão: Gestão Municipal
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA
Dimensão: Gestão da Atenção Básica
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA
Dimensão: Unidade Básica de Saúde
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA
Dimensão: Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
Dimensão: Gestão Municipal
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
Dimensão: Gestão da Atenção Básica
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
Dimensão: Unidade Básica de Saúde
FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
Dimensão: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal
GLOSSÁRIO
Bibliografia
ANEXOS
ANEXO A – Infraestrutura, Equipamentos e Materiais para a UBS
ANEXO B – Materiais e Equipamentos de Urgência e emergência
ANEXO C – Estrutura Física para Pessoas com Deficiência

ANEXO D – Insumos em Quantidade Suficiente para o Desenvolvimento Regular das Ações de Saúde
ANEXO E – Materiais e Insumos para os Agentes Comunitários de Saúde
ANEXO F – Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde
ANEXO G – Insumos e Medicamentos para Urgência e Emergência
ANEXO H – Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
ANEXO I – Infraestrutura e Equipamentos Odontológicos
ANEXO J – Insumos Odontológicos
ANEXO K – Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde Bucal
ANEXO L – Instrumentais Odontológicos
Matriz de Intervenção

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 promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde à sociedade brasileira e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos diversos contextos existentes no País.

O presente instrumento é composto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) para cuidar da população no ambiente em que vive, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como uma das estratégias indutoras de qualidade pelo Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica no SUS.

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta a segunda versão do documento Autoavaliação para 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 dessas concepções. Para tanto, situa a avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a 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 PMAQ tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. O programa está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica que compõem um ciclo.

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A segunda fase consiste na Certificação, que é composta por: 1- avaliação externa; 2- avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados; e 3- verificação da realização de momento autoavaliativo. Após a Certificação as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim.

A terceira fase, Recontratualização, é constituída por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB. Nesse momento devem ser realizadas um conjunto de ações pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção

básica. O Eixo e é composto pelos seguintes elementos (Autoavaliação, Monitoramento dos indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal) que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática.

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 declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações na 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 instante angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores.

Ressalta-se que a utilização da AMAQ não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes de Atenção Básica definir qual(is) o(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que melhor se adequa(m) às suas necessidades e realidades.

Com o objetivo de induzir a implementação de processos autoavaliativos na atenção básica, 10% da nota para a certificação da equipe é vinculada à autoavaliação. Para isso, tanto o gestor municipal quanto as eAB devem 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 e equipes de AB que optarem pelo uso da AMAQ terão disponível um aplicativo *on-line* do próprio instrumento na página do SGDAB; e os que optarem por outras ferramentas autoavaliativas deverão registrar as informações em um campo específico no SGDAB. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados alcançados.

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. Desta forma, recomenda-se para as equipes participantes do PMAQ que seja realizada uma autoavaliação, pelo menos, uma vez a cada ano.

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

identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliarem 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, sejam identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

2.2 Momentos do Processo Autoavaliativo

Os momentos de construção ou preparação para a implementação de processos autoavaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados por métodos participativos, com uso de abordagens libertadoras da criatividade, que considera a pluralidade dos atores presentes, promovendo um espaço privilegiado para construção do pensamento. É nesse instante 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 diante das questões colocadas, proporcionando aos participantes períodos adequados de reflexão, discussão sobre suas práticas e as possibilidades de mudanças.

- **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 a importância do planejamento para 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.

2.3 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, 2000).

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 a superação dos problemas prioritários;
- Traçar 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 outras;
- 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 AMAQ foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para 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,b; LEVITT; HILTS, 2010; BRASIL, 2010d).

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 eAB 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 à 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 abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. 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. 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 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 de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela 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 de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O instrumento está estruturado da seguinte forma: Parte I – equipe de Atenção Básica, que com foco nas eAB; e Parte II – equipe de Saúde Bucal, com foco nas eSB.

Os padrões do AMAQ agrupam-se em duas unidades de análise que considera as competências da gestão e da equipe. O conjunto de padrões foram definidos pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos – gestão, coordenação e equipe de Atenção Básica.

Embora os dois componentes centrais estejam organizados de maneira equivalente, deve-se considerar 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 desta. 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.

- Parte I: equipe de Atenção Básica

São quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica. As competências da gestão, coordenação e equipes de Atenção Básica na AMAQ são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas na tabela a seguir:

Quadro 1 – Estrutura do instrumento AMAQ – AB: equipe de Atenção Básica

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 – Monitoramento e avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário

		N – Programa Saúde na Escola (para as Equipes participantes do Programa)

Fonte: (BRASIL, 2012b).

- Parte II: equipe de Saúde Bucal

São quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica. As competências da gestão, coordenação e equipes de Atenção Básica na AMAQ são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas na tabela a seguir:

Quadro 2 – Estrutura do instrumento AMAQ – AB: Parte II – equipe de Saúde Bucal

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da saúde bucal na atenção básica no município
		B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Coordenação de Saúde Bucal	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Gestão do monitoramento e avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Unidades Básica de Saúde/Consultório Odontológico	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, instrumentais e medicamentos
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Saúde Bucal
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde bucal
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário

Fonte: (BRASIL, 2012b).

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 constantemente 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, 1985; ARCE, 1998).

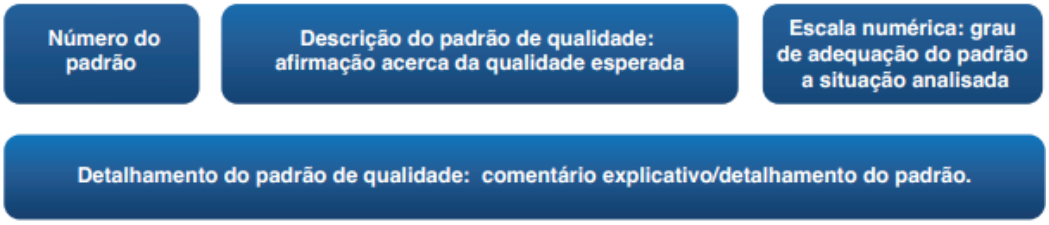
Na AMAQ, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando 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 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: (BRASIL, 2012b).

Exemplo:

Quadro 3 – Relação de subdimensões e atribuição de pontos

4.14	A equipe realiza reuniões periódicas.	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 assuntos referentes a questões administrativas e funcionamento da UBS, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos-sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, entre outros. É importante que a equipe realize junto com o ACS o planejamento das ações no território.		

Fonte: (BRASIL, 2012b).

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, será possível conhecer a classificação do respondente para cada dimensão e subdimensão a partir de cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Essa categorização permite que as equipes identifiquem com maior facilidade os desafios ou problemas mais críticos, orientando a definição de prioridades para a melhoria do acesso e qualidade.

Cada subdimensão representa um conjunto de pontos que variam de acordo com o número de padrões de qualidade, sendo a estes atribuídos 10 pontos. As Tabelas 3 e 4, a seguir, descrevem as subdimensões para a Parte I e II do instrumento com seus respectivos números de padrões e a pontuação total atribuída.

Tabela 1 – Subdimensões por padrões de qualidade para a Parte I – equipe de Atenção Básica

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	2	0	20
C- Gestão do trabalho	4	0	40
D- Participação, controle social e satisfação do usuário	4	0	40
E- Apoio institucional	2	0	20
F- Educação permanente	6	0	60
G- Monitoramento e avaliação	4	0	40
H- Infraestrutura e equipamentos	8	0	80
I- Insumos, imunobiológicos e medicamentos	8	0	80
J- Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica	3	0	30
K- Organização do processo de trabalho	14	0	140
L- Atenção integral à saúde	35	0	350
M- Participação, controle social e satisfação do usuário	4	0	40
N- Programa Saúde na Escola	6	0	60

Fonte: (BRASIL, 2012b)

Tabela 2 – Subdimensões por padrões de qualidade para a Parte II – equipe de Saúde Bucal

Subdimensão	Nº	Pontuação

	Padrões	Mínima	Máxima
A – Implantação e implementação da saúde bucal na atenção básica no município	9	0	90
B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	4	0	40
C – Gestão do trabalho	4	0	40
D – Participação, controle social e satisfação do usuário	2	0	20
E – Apoio institucional	2	0	20
F – Educação permanente	6	0	60
G – Gestão do monitoramento e avaliação	4	0	40
H – Infraestrutura e equipamentos	6	0	60
I – Insumos, instrumentais e medicamentos	6	0	60
J – Perfil da equipe de Saúde Bucal	3	0	30
K – Organização do processo de trabalho	13	0	130
L – Atenção integral à saúde Bucal	6	0	60
M – Participação, controle social e satisfação do usuário	3	0	30
N- Programa Saúde na Escola	5	0	50

Fonte: (BRASIL, 2012b).

A classificação da subdimensão quanto ao seu 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

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

Fonte: (BRASIL, 2012b).

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	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	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

Fonte: (BRASIL, 2012b).

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 do monitoramento e avaliação				X	
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 3)

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

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

Fonte: (BRASIL, 2012b).

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.

Parte I – Equipe de Atenção Básica

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 ampliação do acesso e a coordenação do cuidado dos usuários. Essa subdimensão objetiva avaliar alguns elementos da implantação e implementação da atenção básica no município.

1.1	A atenção básica é porta preferencial de entrada do usuário orientando a Rede de Atenção à Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A AB do município é a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. O município possui ampla cobertura de AB com ofertas de serviços que atendem às necessidades dos usuários e possuem ferramentas de comunicação e integração dos pontos de atenção, tais como: sistema de informação, regulação, prontuário eletrônico, plano municipal de saúde, entre outras.		

1.2	A gestão municipal tem as diretrizes da atenção básica como orientadora das práticas em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal orienta-se por meio das diretrizes da AB. O município utiliza-se: da acessibilidade e do acolhimento (porta de entrada preferencial e porta aberta); da territorialização e da responsabilização sanitária; do vínculo e da adscrição de clientela; do cuidado longitudinal; da coordenação do cuidado e do trabalho em equipe multiprofissional.		

1.3	A gestão municipal de saúde estabelece estratégias de implantação de Unidades Básicas de Saúde considerando critérios de equidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal considera critérios de risco e vulnerabilidade para a implantação das Unidades Básica Saúde de forma a garantir o acesso com equidade aos usuários dos serviços da AB, 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 redução das distâncias geográficas entre UBS e população e, considerando as necessidades de grupos/comunidades específicas, de acordo com os parâmetros preconizados e populações consideradas pela PNAB.		

1.4	A gestão municipal de saúde garante a manutenção e o abastecimento das Unidades Básicas de Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal realiza a manutenção periódica da estrutura física da Unidade Básica de Saúde. Planeja as compras de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente, 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.

1.5	A gestão municipal de saúde realiza sistematicamente a análise e o 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 realiza planejamento participativo e ascendente e utiliza para tomada de decisão: a) Análise e acompanhamento de indicadores de saúde; b) Pactuações interfederativas; c) Sistemas de informação; d) Resultados de avaliação já realizada, por exemplo, a avaliação do PMAQ, e outras ferramentas de gestão, como recursos para orientar mudanças na organização e funcionamento dos serviços de AB.		

1.6	A gestão municipal de saúde desenvolve ações intersetoriais para promover a qualidade de vida da população.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal articula e integra agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde–doença, garantindo ações/estratégias/projetos que envolvam os vários setores governamentais (educação, desenvolvimento social, trabalho e emprego, habitação, transporte, cultura e outros) e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais) no município.		

1.7	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 multiprofissional, designado(s) para a função de coordenação da AB, 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. A coordenação é responsável pela gestão do serviço de AB: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, equipe de AB, equipe de Saúde Bucal, consultório na rua, academia da saúde, equipe de saúde para população ribeirinha, fluvial, entre outros.		

1.8	A gestão municipal de saúde constitui (garante) equipe de apoio institucional ou similar como dispositivo de gestão vinculado à coordenação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante apoiadores institucionais (equipe com composição interdisciplinar) que realizam encontros regulares com as equipes de AB, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações desenvolvidas 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 para a melhoria do trabalho. O apoio é estruturado considerando o dimensionamento adequado do número de equipes de saúde sob a responsabilidade de cada apoiador, responsável pela articulação de saberes e práticas.

1.9	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 AB 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 deles. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela SMS ou em parceria com os profissionais da rede de saúde, 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 AB está incluída nesse núcleo.		

B – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da RAS é uma estratégia que visa ao cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constitui-se por ações e serviços de saúde articulados de forma complementar e com base territorial, seguindo alguns atributos: a AB 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, e constitui canais de comunicação entre os profissionais da rede, garantindo a referência e contrarreferência em tempo oportuno. Organiza a AB como responsável pela coordenação do cuidado dos usuários em qualquer ponto da RAS com o objetivo de produzir a gestão compartilhada do cuidado integral. Apoia as equipes na utilização de ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.		

1.11	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
Com o objetivo de tornar os serviços mais resolutivos, alguns instrumentos de integração dos serviços podem ser utilizados: a) Protocolos clínicos contemplando classificação de risco, critérios e fluxos de encaminhamentos; b) 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; c) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada; d) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde. Em municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada entre municípios vizinhos. O gestor realiza estudos periódicos sobre a oferta de exames e consultas especializados a partir das necessidades identificadas pelas equipes nos territórios e busca um dimensionamento adequado dessa oferta para as equipes.		

C – SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO TRABALHO

A gestão do trabalho no âmbito da AB trata de questões relacionadas à força de trabalho, assegurando o desenvolvimento do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão abordadas aqui as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho na AB; a implantação/implementação de programas de incentivos e premiação às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários. Desenvolve ações de acordo com a política nacional de saúde do trabalhador.

1.12	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 de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais da AB. Realiza concurso ou seleção pública para o provimento dos cargos ou empregos.		

1.13	A gestão municipal remunera e premia os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro, gratificação e/ou premiação para as equipes de AB. 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, processos implantados e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados. Nas localidades em que há populações específicas, local de difícil acesso e/ou áreas de vulnerabilidade, o município disponibiliza incentivo financeiro diferenciado para as equipes de AB.		

1.14	A gestão municipal garante aos trabalhadores da atenção básica plano de carreira.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante carreira profissional com previsão de progressão funcional dos trabalhadores da AB em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.		

1.15	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.

1.16	A gestão municipal de saúde apoia o funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde.	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 e equipamentos 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.		

1.17	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 (por exemplo: formulário, caixa de sugestões) 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 e do atendimento, comprometimento do profissional, ofertas de serviços da equipe, 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, redes sociais, sites, blog, correio eletrônico, livro de registros etc.) aos usuários da AB 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 e promove a formação de	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	espaços locais de participação popular.	
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 da comunidade e de organizações da sociedade; estimula também a formação de outros espaços de participação social, além de reuniões periódicas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, com a participação dos usuários do serviço.		

DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

E – SUBDIMENSÃO: APOIO INSTITUCIONAL

O apoio institucional busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho e, sempre que necessário, busca 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 mecanismos de gestão participativa com as 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, ações de educação permanente.

2.2	A gestão da AB oferta apoio institucional ou similar para as equipes de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB está organizada com apoiadores de referência para as equipes de atenção à saúde. O processo de trabalho do apoiador institucional está orientado e organizado para promover ações de qualificação da AB no município, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho, observando-se o adequado dimensionamento do número de equipes por apoiador. Realiza-se: a) Discussão e montagem das agendas das equipes em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde; b) Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; c) Suporte à elaboração de projetos terapêuticos singulares e implantação de dispositivos de gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS; d) Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; e) Facilitação de processos locais de planejamento; f) Mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; g) 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 de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. 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, nas ofertas educacionais, 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.

2.3	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.		

2.4	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 da AB utiliza o apoio matricial com a finalidade de auxiliar as equipes em aspectos em que elas julguem necessário, seja em relação ao processo de trabalho de maneira geral, seja em relação à clínica e ao cuidado direto ao usuário. São exemplos de práticas de apoio matricial na gestão da AB: atuação da coordenação de AB junto às equipes a fim de apoiar o desenvolvimento de suas atividades; acompanhamento e avaliação das ações de cuidado em saúde; planejamento conjunto/compartilhado com outras áreas da gestão com expertise na temática; apoio de outros níveis de atenção à saúde na qualificação dos encaminhamentos para especialistas; e outras ações desenvolvidas pela equipe da gestão em conjunto com as equipes de AB. Essa dimensão gerencial e pedagógica da intervenção junto aos serviços resulta na qualificação dos processos de trabalho e dos trabalhadores.

2.5	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 presenciais e/ou virtuais, 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.

2.6	A gestão da atenção básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB garante a realização de reuniões de equipe de AB. Nesses momentos, são discutidos temas referentes à organização do processo de trabalho, ao planejamento, ao monitoramento e à análise dos indicadores e informações de saúde, à construção de projetos terapêuticos singulares, à avaliação das ações, à educação permanente, à integração e à troca de conhecimentos entre os profissionais; há participação dos apoiadores institucionais e matriciais na AB, por meio de discussão durante as reuniões; e eles têm periodicidade semanal ou quinzenal, com duração média de duas horas.

2.7	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

A gestão da AB estimula processos de formação e produção de conhecimento nas UBS tais como: pesquisas, 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, das especializações, de residências multiprofissionais etc. A gestão oferta cursos de formação aos trabalhadores que realizam a preceptoria/tutoria.

2.8	A gestão da atenção básica viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB incentiva e viabiliza a participação dos profissionais da gestão e equipes da AB em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por instituições de ensino superior, escolas de saúde pública, Escola Técnica do SUS e/ou centros formadores. 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 profissional, tempo de serviço, desempenho, dedicação, entre outros.

G – SUBDIMENSÃO: 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 uma ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira, propiciando intervenções pontuais para correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre a situação analisada, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas, é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem de informação para a ação, incorporando-as no conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de AB.

2.9	A gestão da atenção básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da atenção básica.	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 AB, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento são realizadas: a) Definição das ações prioritárias para o acompanhamento; b) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades; c) Definição de responsáveis; d) Periodicidade do acompanhamento; e) Instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; f) Mecanismos de divulgação de resultados; g) Discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde. As áreas técnicas que desenvolvem ações de AB – por exemplo, saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição – são envolvidas e integradas nesse processo.		

2.10	A gestão da atenção básica utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB faz avaliação dos projetos prioritários, refletindo criticamente suas potencialidades e fragilidades, bem como as necessidades de aprimoramento. A gestão da AB utiliza os resultados de avaliações para adoção de estratégias que qualifiquem as ações de AB, tais como: avaliação externa do PMAQ, suplementos da PNAD sobre panorama de saúde; segurança alimentar, entre outras. Promove ou participa de avalições, no contexto da AB, realizadas por atores externos à gestão municipal.		

2.11	A gestão de atenção básica promove a discussão de resultados e estimula o uso da informação pelas equipes de AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal debate e decide junto com os profissionais das equipes de AB as informações/indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/estadual e/ou federal a (COAP, PMAQ, PSE, entre outros). Realiza discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos/oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.

2.12	A gestão da atenção básica adota estratégias que fortalecem a alimentação e uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante o abastecimento adequado das fichas necessárias para o registro das informações nas UBS. Possui estratégias para a informatização e conectividade das UBS, garantindo computadores, nos consultórios, sala de procedimentos, sala de vacina, sala acolhimento, recepção e outros ambientes identificados como necessários. Promove aperfeiçoamento dos profissionais para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar necessidades de saúde dos usuários e toma decisões que visam ao aprimoramento dos serviços com base nessas informações. A gestão implantou o Cartão Nacional do SUS para todos os usuários.		

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 AB. 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 a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui características estruturais e de ambiência adequadas (acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas, sanitárias e elétricas) de acordo com a regulamentação preconizada, além de apresentar equipamentos e materiais essenciais. Verificar Anexo A.		

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. Verificar Anexo A.		

3.3	A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão realiza o planejamento e a execução dos serviços de manutenção, garantindo o bom funcionamento das instalações físicas, equipamentos e instrumentais da UBS.		

3.4	A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão disponibiliza acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet, possibilitando a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde, além de facilitar os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes. Viabiliza a participação no Telessaúde e nas comunidades de práticas, para troca de experiências, integração entre os serviços e aumento da resolubilidade da AB. Verificar Anexo A.

3.5	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 B), além de realizar a conferência e manutenção periódica desses materiais e equipamentos, garantindo a condição de uso.		

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

3.7	A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, 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 e/ou com mobilidade reduzida, 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. Verificar Anexo C.		

3.8	A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há totem e 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 AB integrante do Sistema Único de Saúde; placa		

Saúde Mais Perto de Você (placa que identifica que a UBS participa do PMAQ); horário de funcionamentos; escala dos profissionais; uso de crachá de identificação; listagem das ações e ofertas de serviços da equipe e número da Ouvidoria. A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de modo acessível às pessoas com deficiência (acessibilidade comunicacional). Apresenta piso tátil para o deslocamento e utiliza símbolos internacionais para pessoas com deficiência. A identificação visual facilita o acesso dos usuários ao serviço, bem como a sua movimentação dentro da UBS.

I – SUBDIMENSÃO: INSUMOS, IMUNOBIOLÓGICOS E MEDICAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controle das vacinas e medicamentos pela Unidade Básica de Saúde.

3.9	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde 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 para as atividades educativas destinadas à população. Utilizar como referência a lista do Anexo D.		

3.10	A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde.	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. Verificar Anexo E.		

3.11	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 PNI do Ministério da Saúde 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/pentavalente, poliomielite/Salk, rotavírus, pneumocócica 23 – valente, pneumocócica 10 e meningocócica C, tríplice viral, febre amarela e tríplice bacteriana, dupla adulto, varicela, influenza sazonal.		

3.12	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. Verificar Anexo F.		

3.13	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 e emergência 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 H.

3.14	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
A gestão garante a disponibilização de EPI para o trabalhador com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde. A UBS garante a disponibilização de EPI, tais como: óculos protetores de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas de borracha cano longo, máscaras, capotes, aventais impermeável, gorros, botas ou sapatos fechados impermeáveis. Verificar Anexo D.		

3.15	A Unidade Básica de Saúde disponibiliza medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão abastece as unidades com quantidade suficiente de medicamentos para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual destes não comprometa a resolubilidade dos tratamentos. 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. Ver Anexo H.		

3.16	A unidade básica de saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão faz programação adequada para a manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema para otimizar recursos financeiros e garantir a continuidade das ações em saúde. Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle do estoque, distribuição e dispensação de insumos, materiais, medicamentos e imunobiológicos na UBS. As condições de armazenamento estão adequadas, garantindo a conservação dos medicamentos e imunobiológicos.		

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

J – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

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 e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais da equipe de AB está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

4.1	Os profissionais da equipe de nível superior e médio 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 e médio da equipe 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; curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica, entre outros.		

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 participa de cursos de atualização e qualificação que são disponibilizados considerando suas necessidades e dificuldades identificadas por ela. 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	As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As equipes participam de atividades de educação e apoio matricial a distância como: participação dos trabalhadores em cursos de Educação a Distância – EAD (cursos de atualização e/ou especialização), atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras. As atividades de educação e apoio matricial a distância podem, além de aumentar a resolubilidade clínica dos profissionais da AB, possibilitar a abertura de um canal de diálogo dos profissionais da AB com outros profissionais e serviços.		

K – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do trabalho na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; 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 durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas 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 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
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. É importante conhecer o território adscrito para obter informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação das equipes e, para isso, o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.		

4.5	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, 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. Identifica, durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de plantas medicinais e fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das práticas integrativas e complementares. 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, sempre na perspectiva de troca e integração de saberes popular e técnico-científico, 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 diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. É importante também 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 estas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento às urgências;) e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.		

4.7	A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe elabora, acompanha, gere e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.		

4.8	A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe consegue acompanhar os casos dos usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços. Consegue definir quais usuários são prioritários para encaminhamento e isso efetivamente determina a ordem de atendimento. Ela consegue ter informações sobre o que foi proposto de tratamento (ou plano de cuidado etc.) a esse usuário dialogando ou trocando informações com o profissional que o atendeu nesse outro ponto de atenção. Utiliza no seu cotidiano para fazer a gestão do cuidado ferramentas 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-sentinelas e incidentes críticos, entre outros.		

4.9	A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe mantém registro das referências, contrarreferências e solicitações de exames de todos os usuários. As informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e retorno das informações às		

unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.

4.10	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 utiliza ferramentas ou estratégias que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações pessoais (trabalho, moradia, entre outras). 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) e outros.		

4.11	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 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. Dessa forma, o desenvolvimento das ações das equipes durante a jornada de trabalho aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado. O atendimento clínico individual está disponível em horários que facilitem o acesso aos usuários (horários de almoço, fins de semana, período noturno etc.).		

4.12	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 é um importante instrumento da equipe de AB para produção de cuidados. Este instrumento 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 domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS; 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 AB. As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.		

4.13	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea durante todo o período de funcionamento da UBS. Oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. A equipe realiza o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimento às primeiras urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção, quando necessário. Assim, garante o acesso e a resolubilidade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.		

4.14	A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe acolhe a demanda de usuários com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada (se houver necessidade), ampliando, assim, a resolubilidade da AB e fortalecendo o vínculo equipe–comunidade.		

4.15	A equipe realiza reuniões periódicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir temas referentes a questões administrativas e funcionamento da UBS, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos-sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, entre outros. É importante que a equipe realize junto com o ACS o planejamento das ações no território.		

4.16	A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal. Registra informações referentes aos serviços ofertados pela UBS e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.		
4.17	A equipe realiza monitoramento e avaliação 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 redefinição de rumos. Monitora, avalia e discute 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.		

L – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programada quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, ADULTOS E IDOSOS), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. COMPREENDE uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.

4.18	A equipe de Atenção Básica acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos 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. Além de duas consultas no segundo ano de vida (18º e 24º), com avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e ações de promoção, com busca ativa (faltosos, prematuros, baixo peso ao nascer). E, no mínimo, uma consulta odontológica no 1º ano de vida da criança (quando se inicia a erupção da dentição decídua) e outra no 2º ano de vida da criança (quando geralmente se completa a erupção da dentição decídua). A atenção integral à saúde da criança envolve avaliação e registro do estado de saúde na caderneta de saúde, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação, incorporando avaliação do peso, comprimento/altura, desenvolvimento, intercorrências e estado nutricional, bem como realiza atualização do calendário vacinal, suplementação profilática e controle de carências nutricionais como a anemia ferropriva e a deficiência de vitamina A e orienta mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psicoafetivos). A equipe avalia ou encaminha em tempo oportuno a realização dos testes de triagem neonatal: teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho. A equipe identifica as crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa. O acompanhamento da criança visa a estreitar e manter o vínculo dela e da família com a UBS, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

4.19	A equipe de Atenção Básica acompanha as crianças com idade até nove 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 até nove anos (puericultura), realiza avaliação e classificação de sinais de 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 prevenção e controle de carências nutricionais com suplementação profilática de vitamina A para menores de cinco anos, além de grupos operativos com famílias, com o registro no cartão ou caderneta de saúde da criança. A equipe identifica, notifica e acompanha casos de violência à criança. É preconizada a realização de consultas anuais próximas ao mês de aniversário da criança a partir dos dois anos de idade até os nove anos.		

4.20	A equipe desenvolve ações, 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 recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança e continuado até os dois anos ou mais, orienta a introdução dos alimentos às crianças maiores de seis meses, compreendendo esse processo em seu contexto sociocultural e familiar. Utiliza os momentos de grupos, visitas domiciliares, consultas de pré-natal e consultas agendadas para a família para abordar esse tema. Detecta problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação, baseando-se em instrumentos de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo ou linha de cuidado). Realiza ações de avaliação e monitoramento, vigilância alimentar e nutricional e cumpre a NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. A equipe conhece e utiliza os 10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos.		

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
A equipe desenvolve ações para detecção e vinculação precoce das gestantes do território, em especial às adolescentes gestantes, garantindo um bom acompanhamento do pré-natal com consultas em número suficiente e qualidade satisfatória, de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade. Faz a vinculação à maternidade de referência, identifica as gestantes entre 14 e 44 anos beneficiárias do Programa Bolsa-Família e orienta sobre o novo Benefício Variável à Gestante (BVG) do programa. A equipe estima o número de gestantes do território, cadastra e faz o acompanhamento em domicílio, considerando todas, inclusive aquelas cobertas por planos privados de saúde. Registra o estado de saúde na caderneta da gestante, no prontuário (com espelho do cartão ou		

equivalente) e no sistema de informação.

4.22	A equipe acompanha todas as gestantes do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza seis ou mais consultas de pré-natal (consultas alternadas entre médico e enfermeiro), mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente no termo. Solicita e avalia os exames complementares recomendados, diagnóstico e tratamento de DST, realiza imunização antitetânica e para hepatite B (quando indicado). Nas consultas, avalia risco e vulnerabilidade, situação nutricional, mensuração da pressão arterial e da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal (após o quarto mês). Atende às intercorrências e urgências na gestação. Realiza atividades educativas mensais, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério, reforçando a maternidade de referência, o direito ao acompanhante na hora do parto e o direito aos benefícios, como o Benefício Variável Gestante – BVG (PBF). Estimula a participação do companheiro no pré-natal, parto e puerpério. Orienta quanto à prevenção e controle de carências nutricionais, como a anemia ferropriva. Mantém o acompanhamento por meio de visitas domiciliares e de grupo de educação em saúde de todas as gestantes do território, inclusive as 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. Registra o estado de saúde na caderneta da gestante, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação.		

4.23	A equipe realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza os testes rápidos ou sorologias para HIV e sífilis na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação. Solicita e avalia em tempo oportuno os seguintes exames complementares: grupo sanguíneo e fator Rh, teste de COOMBS (se indicado), hemoglobina, hematócrito, exame de glicose, teste de tolerância oral à glicose 75 g (se indicado), exame de urina (urina tipo I), urocultura com antibiograma, exame parasitológico de fezes, sorologias para hepatite B e toxoplasmose. Nos casos em que o resultado do teste de sífilis é positivo, realiza-se busca ativa da gestante e de suas parcerias sexuais para confirmação do diagnóstico e tratamento imediato com penicilina, com acompanhamento, aconselhamento e notificação no sistema de informação.		

4.24	A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O médico e/ou enfermeiro realiza o atendimento para a puérpera e o recém-nascido (em domicílio ou na própria UBS) na primeira semana após a alta. Nos casos de recém-nascidos de risco, o atendimento é feito nos primeiros três dias após a alta. São verificados o registro de nascimento, preenchimento do cartão ou caderneta de saúde da criança, verificação das condições de alta da maternidade, verificação da realização dos testes de triagem neonatal (teste do pezinho, olhinho e orelhinha) e avaliação de saúde da puérpera (coloração das mucosas; presença de febre; volume, cor e odor dos lóquios e avaliação/classificação dos fatores/situações de risco). Avalia-se o estado emocional da família, o vínculo com o bebê, orienta-se sobre aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de		

vida, observando a sucção, o posicionamento da criança e pega. Quando há necessidade de ordenha de leite, orienta a importância da ordenha manual e a doação ao banco de leite humano. A equipe mantém o acompanhamento da puérpera e orientações sobre sexualidade e planejamento familiar, juntamente às consultas de puericultura, principalmente nos primeiros 42 dias pós-parto. No caso de gestantes beneficiárias no Programa Bolsa-Família, a equipe orienta a necessidade de atualização do Cadastro Único para a inclusão de mais um membro na família, na faixa etária até seis meses, para a concessão do Benefício Variável Nutriz (BVN).

4.25	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza um conjunto de ações educativas, individuais e/ou coletivas, para homens e mulheres, em especial para os adolescentes, abordando a decisão de ter filhos ou não, no contexto de seus projetos de vida. Trata de questões a respeito da fertilidade; direitos sexuais e reprodutivos, respeitando os aspectos religiosos, culturais e a diversidade da população. Aborda e oferta, de forma facilitada, métodos contraceptivos básicos (camisinhas masculina e feminina, contraceptivos orais e injetáveis); dispositivo intrauterino (DIU); diafragma; realização de laqueadura de trompas e de vasectomia; anticoncepção de emergência.

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 de prevenção, rastreio e controle do câncer de colo uterino e de mama, tais como orientação, sensibilização, realização de citologia de colo uterino e solicitação de mamografia nas faixas etárias recomendadas e com periodicidade definida nos protocolos clínicos. Faz monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise e das mamografias solicitadas. Realiza busca ativa das usuárias com exames alterados e encaminhamento ou realização da intervenção indicada, observando o tempo máximo para início do tratamento previsto em legislação.

4.27	A equipe de Atenção Básica realiza ações de atenção integral a todas as faixas etárias e gêneros.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de AB garante acesso a consultas e procedimentos a toda a população de seu território, de todas as faixas etárias e gêneros (como adolescentes, idosos, homens, mulheres). Considera o contexto social e familiar dos indivíduos. Realiza atendimentos odontológicos e ações de promoção e prevenção, além de reabilitação protética, quando indicados. Com relação a especificidades no atendimento à população, a equipe desenvolve no atendimento à população masculina ações de orientação e sensibilização para medidas de detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos, outros agravos do trato geniturinário, entre eles a disfunção erétil. Para o atendimento a adolescentes, a equipe pode e deve atender o/a adolescente sem a presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, se assim ele/ela desejar. Acompanha o crescimento e desenvolvimento por meio da identificação das variáveis pubertárias, fisiológicas normais e patológicas e de suas repercussões no indivíduo. Durante o atendimento de idosos, realiza

intervenções para detecção precoce de deficiências auditivas, intelectuais, visuais, físicas, bem como das principais demências que incidem nessa população (Parkinson, Alzheimer etc.); identifica e capacita cuidadores que irão prestar cuidados em domicilio, quando necessário. Para o atendimento às mulheres, a equipe está atenta às mudanças fisiológicas e psicológicas do climatério. A equipe de AB oferta ações de promoção à saúde e prevenção de agravos a todos esses públicos-alvo, articulando equipamentos comunitários e outros setores. Intervém nos fatores de vulnerabilidade relacionados ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, doenças crônicas e violências, apoiando e orientando as famílias. A equipe reconhece e respeita os direitos, hábitos culturais, orientação sexual, costumes e religião dos indivíduos que buscam o serviço.

4.28	A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e DPOC.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB reconhece, identifica e mantém registro atualizado das pessoas com doenças crônicas mais prevalentes, por exemplo: hipertensão, diabetes, obesidade, asma, câncer e DPOC. Analisa periodicamente a população cadastrada, considerando as prevalências estimadas para o território e seus fatores de risco. Contempla em sua rotina de trabalho a identificação dessas condições por meio de rastreamento, avaliação de sinais e sintomas e avaliação antropométrica (Índice de Massa Corporal – IMC). Após a identificação, registra dados, como data da última consulta, exames de acompanhamento e outras informações relevantes em sistemas de informação ou planilhas para acompanhamento das pessoas com doenças crônicas no território.		

4.29	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de atenção à saúde às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o cálculo do risco cardiovascular, o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, adesão e resposta ao tratamento, a presença de fatores de risco e outras doenças associadas, o suporte social e familiar e o grau de autonomia para o autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais, nos determinantes sociais da saúde e no auxílio para lidar com as limitações geradas pela doença. A equipe não limita dias específicos na agenda para o cuidado das pessoas com doenças crônicas e oferta cuidado interdisciplinar conforme as singularidades de cada usuário/família. Oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos em que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.		

4.30	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com base na estratificação de risco.	
A equipe de AB avalia os usuários com asma e DPOC e estratifica o risco, considerando fatores como controle dos sintomas, resposta do usuário ao tratamento, condições de vida e sua capacidade de autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais e nos determinantes sociais da saúde e no auxílio para lidar com as limitações geradas por esta; não limita dias específicos na agenda para o cuidado das pessoas com asma ou DPOC e oferta cuidado interdisciplinar conforme as singularidades de cada usuário; e solicita espirometria, sempre que necessário.		

4.31	A equipe de Atenção Básica realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para apoiar o autocuidado e ampliar a autonomia das pessoas com doenças crônicas, suas famílias e seus cuidadores. Avalia o grau de motivação e capacidade de autocuidado, o suporte familiar e social, o conhecimento e o comportamento das pessoas com doenças crônicas (alimentação, atividade física, tabagismo, uso de medicamentos, condições de trabalho e de moradia); desenvolve e pactua metas factíveis do plano de cuidado com o usuário e sua família (cuidador), considerando grau de confiança e recursos individuais para mudança de comportamento; acompanha o alcance dessas metas; assiste os usuários e familiares (cuidador) diante das dificuldades e limitações impostas pela doença; orienta o automonitoramento e a solução de problemas; e repactua metas e plano de ação, sempre que necessário. Oferta cuidada interdisciplinar a partir das necessidades de cada usuário/família.		

4.32	A equipe de Atenção Básica identifica e acompanha as pessoas com convulsões e síndromes epiléticas em seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe analisa periodicamente a população cadastrada, considerando que a epilepsia é a condição neurológica grave de maior prevalência e acomete em torno de 1% da população em geral. A equipe atende as pessoas em crise epilética aguda por diversas causas (convulsões febris, agudização de síndromes epiléticas, entre outras); identifica e acompanha as pessoas com síndromes epiléticas em seu território, avaliando a repercussão no desenvolvimento e ajustando as doses de medicamentos de acordo com o peso e idade; realiza a coordenação do cuidado da pessoa com epilepsia quando esta é referenciada ao especialista; desenvolve ações de educação sobre a síndrome epilética e crises agudas com os agentes comunitários de saúde e com a comunidade.		

4.33	A equipe 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 desenvolve as seguintes ações em relação à TB: a) Identificação de sintomáticos respiratórios por meio de busca ativa; b) Acolhimento e priorização do sintomático respiratório (SR) na unidade de saúde; c) Diagnóstico dos casos de TB conforme a estimativa para o território; d) Realização de exame de cultura e teste de sensibilidade para 100% dos casos de retratamento e para as populações vulneráveis; e) Notificação dos casos diagnosticados, acompanhamento e tratamento em regime diretamente observado; f) Oferta do teste anti-HIV para 100% dos casos e referenciamento para os serviços de retaguarda para a coinfecção TB/HIV; g) Busca ativa de faltosos ao tratamento; h) Criação de estratégias de avaliação e terapia preventiva (quimioprofilaxia) nos comunicantes quando indicado; i) Reflexão sobre a temática da TB nas atividades de educação em saúde; j) Registro adequado e envio oportuno das informações para a área de vigilância no município.

4.34	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB desenvolve as seguintes ações em relação à hanseníase: a) Identifica pessoas com sinais e sintomas sugestivos de hanseníase; b) Realiza diagnóstico, acompanhamento e tratamento de acordo com esquemas terapêuticos preconizados; c) Notifica os casos suspeitos de hanseníase; d) Registra o grau de incapacidade física em prontuários e formulários; e) Orienta o paciente e a família sobre a doença e a realização de autocuidados; f) Orienta técnicas de prevenção de incapacidades físicas; g) Realiza exame dermatoneurológico em 100% dos contatos intradomiciliares dos casos novos e realiza a vacinação com a BCG, conforme recomendações; h) Realiza busca ativa de 100% dos faltosos; i) Analisa os dados e planeja intervenções; j) Insere a temática hanseníase nas atividades de educação em saúde e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, Conselho Local de Saúde, associações de moradores etc.); k) Faz registro adequado e envio oportuno das informações para a área de vigilância no município.		

4.35	A equipe possui cadastro e realiza visitas periódicas às pessoas que estejam vivendo em serviço de acolhimento/abrigamento.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe mapeia os serviços de acolhimento/abrigamento do seu território, realiza visitas e desenvolve ações de saúde (consulta, atividades de educação em saúde e outros) adaptadas às necessidades dessas pessoas; identifica sinais de violências e realiza notificação dos casos suspeitos e confirmados; realiza reuniões com profissionais da assistência social (CREAS, CRAS, entre outros) para elaboração ou discussão de projetos terapêuticos singulares de intervenção conjunta.		

4.36	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe identifica as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental no seu território e faz o acompanhamento delas por meio de atividades individuais e/ou grupais. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, tratamento e acompanhamento destes casos,		

com ou sem o cuidado compartilhado com o NASF, e/ou outros pontos da rede de atenção psicossocial, quando necessário. Realiza atendimentos agendados ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares. Para isso, utiliza estratégias como: tempo maior de consulta, registro de história de vida, ferramentas de abordagem familiar etc. A equipe tem o registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos e realiza ações para os casos em que há indicação de retirada gradual da medicação.

4.37	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB identifica os usuários de álcool e outras drogas no território e faz o acompanhamento por meio de atividades desenvolvidas individualmente ou em grupo. 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 realiza o cuidado compartilhado com outros pontos da rede de atenção, quando necessário. A equipe faz atendimentos agendados ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares, sempre buscando fortalecer a rede social e comunitária.		

4.38	A equipe de Atenção Básica identifica e acompanha as pessoas com deficiência de seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe identifica as pessoas com deficiência no seu território e faz o acompanhamento de rotina de acompanhamento de sua saúde geral 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, visando a diminuição de barreiras e maior autonomia; faz referenciamento para a rede de reabilitação, quando necessário; realiza atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares, bem como outras estratégias de cuidado.		

4.39	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB oferta tratamento aos tabagistas e desenvolve ações educativas de prevenção, especialmente entre crianças e adolescentes. Pergunta sobre o uso do tabaco a todos os usuários nos atendimentos e oferta tratamento aos tabagistas por meio de atividades coletivas e/ou individuais, podendo utilizar a abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso.		

4.40	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de saúde identifica sinais de violência (intrafamiliar ou comunitária, como: violência doméstica, abuso sexual, maus-tratos e outras) nas práticas de cuidado. Conhece e aciona os equipamentos sociais do seu território que apoiam no enfrentamento desses casos (Conselho Tutelar,		

Delegacia da Mulher, Centro de Referência em Assistência Social – CRAS etc.). Estabelece parceria com organizações não governamentais e/ou movimentos sociais, realiza campanhas e ou reuniões de esclarecimento da população sobre mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência. Desenvolve ações de promoção da cidadania no território, incentivando a reflexão sobre temas como: diferenças, preconceitos, estigma social, pessoas com sofrimento psíquico, população de rua, questões étnicas e de gênero e outros.

4.41	A equipe de Atenção Básica desenvolve atividades que abordam conteúdos de saúde sexual.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB lida com os temas e desenvolve ações educativas abordando conteúdos como diversidade sexual, aconselhamento contraceptivo, relações sociais de gênero (machismo, orientação sexual), prevenção de HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis (hepatites virais, sífilis, HPV, entre outras) e considera essas questões na sua rotina de trabalho, tanto para abordagem quanto para o cuidado cotidiano da população.		

4.42	A equipe de Atenção Básica realiza diagnóstico e acompanhamento dos casos de HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe oferece exames para testagem de HIV e triagem de outras DST, como hepatites virais e sífilis. Realiza aconselhamento em todas as situações. Nos casos positivos de HIV, a equipe faz busca ativa para comunicação, notificação e encaminhamento para o tratamento em unidade de referência, mantendo o acompanhamento dos casos na UBS. A equipe realiza o tratamento sindrômico, notificação e investigação dos casos de DST identificados, incluindo as parcerias sexuais.		

4.43	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe se responsabiliza pelos procedimentos de vigilância epidemiológica sobre as diferentes comunidades adscritas aos territórios; 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. A equipe registra as condições de saúde da população adscrita em prontuário, caderneta de saúde e/ou sistema de informação, bem como analisa as informações obtidas para o planejamento das ações prioritárias para prevenção de doenças e promoção da saúde.		

4.44	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de Vigilância em Saúde Ambiental	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB desenvolve junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoques ambientais, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões como: importância do saneamento; melhoria da qualidade da água para consumo humano; destino do lixo; prevenção de acidentes; detecção de riscos a desastres naturais, bem como riscos físicos (torres de alta		

tensão/telefonia celular, estação e subestação elétrica); identificação de pessoas expostas a agrotóxicos, a indústrias poluentes ou a outros processos produtivos que utilizam substâncias químicas, assim como a qualquer outro contaminante químico ou poluente na água, solo e/ou ar que possa expor o indivíduo ou a coletividade a riscos à saúde.

4.45	A equipe realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe reconhece o usuário enquanto trabalhador nos diferentes momentos de abordagem (cadastramento familiar, acolhimento, consulta, visita domiciliar, grupos); identifica os riscos para a saúde e situações de vulnerabilidades a que esse trabalhador está ou esteve exposto; identifica e notifica nos sistemas de informação os casos clinicamente declarados ou suspeitos, e em parceria com a Vigilância Epidemiológica e outras formas de apoio matricial. Realiza a investigação epidemiológica dos casos suspeitos notificados, para a confirmação do diagnóstico, fazendo relação com o trabalho; elabora e implanta o plano terapêutico e orienta o trabalhador sobre sua situação de saúde e de trabalho. As ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador devem ser articuladas às de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.		

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 AB 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). A equipe orienta-se pelo Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e pelo 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.) da dengue. Realiza ações de educação em saúde junto à população, articulando-se com a equipe de agentes de endemias e o supervisor de campo visando a erradicação dos focos do *Aedes aegypti*. Os agentes comunitários de saúde estão preparados para identificar casos suspeitos e orientar quanto aos sinais e sintomas da dengue no seu território, assim como para realizar busca ativa dos casos suspeitos. A equipe está capacitada para realizar o atendimento dos pacientes sintomáticos (conhecendo as manifestações fisiopatológicas) de acordo com protocolo da SMS, SES ou MS, a notificação e o acompanhamento diário de casos suspeitos (com orientações aos usuários em relação aos sinais de piora, atenção ao período afebril, realização de hidratação na UBS) e o fluxo de 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 AB promove ou participa de encontros com a comunidade com o objetivo de incentivar a reflexão sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico do território. A equipe aciona os setores corresponsáveis pela qualidade da ambiência na qual se insere o conjunto da população; trabalha com a população do seu território aspectos que influenciam o processo saúde–doença, tais como o descarte do lixo, a qualidade da água, as queimadas e os desmatamentos e outras questões de responsabilidade social e sustentabilidade. A equipe tem os mesmos cuidados em seu ambiente de trabalho.

4.49	A equipe 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 utiliza a estratégia de grupos terapêuticos como oferta para potencializar o cuidado; e como metodologia, possibilita que este espaço possa trabalhar questões referentes ao senso de identidade, coletividade, autoestima, autoexpressão, habilidades específicas, potencialidades e outras. A equipe entende que o grupo não deve estar centrado apenas no conhecimento dos profissionais de saúde e tem como intuito proporcionar um espaço de relações e trocas interpessoais, buscando reflexão crítica sobre os modos de vida individual e coletiva, levando-os à expressão e à ressignificação de suas posições assumidas na vida por meio do processo de corresponsabilização, gestão do seu cuidado e ampliação da autonomia dos sujeitos e coletividades. Podem-se citar grupos de gestantes, grupo de tratamento do tabagismo, psicodramas, terapia comunitária, grupos de *tai chi chuan*, grupos de promoção da saúde, grupo de cuidadores, entre outros.		

4.50	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 AB incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física, como alongamento, capoeira, caminhada, dança, práticas orientais como *lian gong*, *tai chi chuan*, *chi gong*, entre outras. 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.		

4.51	A equipe de Atenção Básica desenvolve estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB conhece os hábitos alimentares locais e identifica no momento da territorialização os pontos de venda, produção e distribuição de alimentos do seu território. Integra esse conhecimento às ações de promoção da alimentação adequada e saudável que oferece durante as atividades realizadas na unidade de saúde ou outros espaços do território. A equipe de AB realiza orientações e atividades sobre alimentação adequada e saudável levando em consideração fatores como idade, gênero, raça e etnia, condições sociais, presença de agravos à saúde, entre outras especificidades da população do seu território, de modo que as ações sejam adequadas aos distintos grupos. A equipe realiza vigilância		

alimentar e nutricional, considerando a avaliação antropométrica e do consumo alimentar nas diferentes fases da vida.

4.52	A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB utiliza no desenvolvimento das ações de saúde práticas definidas pela PNPIC. São exemplos dessas práticas: plantas medicinais e fitoterapia; homeopatia; medicina tradicional chinesa/acupuntura (MTC) e seus recursos terapêuticos (moxabustão, ventosas, eletroestimulação), práticas corporais e mentais da MTC (*tai chi chuan*, *lian gong*, *chi gong*, *tui ná* e meditação); medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Essas práticas são utilizadas no projeto terapêutico individual para ampliar a abordagem clínica e oferta terapêutica aos usuários.		

M – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A participação da comunidade – usuários, organização da sociedade, 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 das pautas em curso.

4.53	A equipe de Atenção Básica participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	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. Considera a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde–doença, realiza ações/estratégias/projetos integrados com diversos setores governamentais e não governamentais.		

4.54	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 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 ONG, entre outros. Busca fortalecer vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas a fim de compreender a realidade de vida da população.		

4.55	A equipe de Atenção Básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.	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 AB.		

4.56	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; escala dos profissionais com nome e horário de trabalho; telefone da ouvidoria; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários, também em versão acessível para pessoas com deficiência.		

N – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão se unindo para promover o desenvolvimento pleno desse público. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, importante demanda da comunidade e tarefa essencial das equipes de Atenção Básica.

4.57	A equipe atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde dos educandos através de avaliação das condições de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de saúde na escola (Creches, Pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio) em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda conteúdos relativos à avaliação das condições de saúde dos educandos como verificação do calendário vacinal, detecção precoce de agravos de saúde negligenciados, avaliação antropométrica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, nutricional e de saúde bucal.		

4.58	A equipe encaminha os alunos da rede pública escolar identificados com alterações nas condições de saúde para a rede de atenção à saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe estabelece fluxos com a RAS para atendimento dos alunos com alterações identificadas. A equipe acompanha o aluno, ao longo da rede de atenção à saúde, apoiando a garantia do atendimento.		

4.59	A equipe atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de saúde na escola (Creches, Pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio), conjuntamente com a equipe de saúde bucal, em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda aspectos de prevenção de agravos e promoção à saúde. Dentre as atividades desenvolvidas, as escolas contam com ações referentes à notificação da violência doméstica, sexual e outras violências; mapeamento das situações de risco de acidentes; atividades aproveitando os equipamentos sociais (ginásio de esportes, centros de convivência, praças, clubes, dentre outros) e interagindo com toda a comunidade local. Há orientação a jovens e adolescentes quanto à rede		

pública de apoio ao usuário de álcool, tabaco, crack e outras drogas; comunidade escolar, pais e responsáveis são orientados em relação à importância das relações interpessoais solidárias e cooperativas e instituição da gestão escolar participativa com inclusão dos educandos; há Grupo Intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar. Desenvolve ações que refletem sobre o ambiente escolar, sem depredação do patrimônio público, favorece as práticas de alimentação saudável e as práticas corporais, de atividade física e lazer.

4.60	A equipe realiza atividades de formação continuada e capacitação referente a temas do Programa Saúde na Escola.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, realiza atividades periódicas de formação utilizando estratégias como: oficinas, ensino à distância e apoio institucional; formação de jovens protagonistas por meio da metodologia de educação de pares, buscando a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde; formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao PSE através da realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto aos(às) professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e das equipes de AB/SF, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, prevenção de agravos e promoção da saúde.		

4.61	As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico das escolas acompanhadas pela equipe de atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, participa das reuniões de elaboração do PPP ou as ações do PSE estão contempladas no PPP das escolas, entendendo que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade. O PPP é um documento produzido como resultado do diálogo entre diversos setores da comunidade escolar a fim de organizar e planejar o trabalho, buscando soluções para os problemas diagnosticados.		

4.62	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de atenção básica, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, planeja e realiza as ações do Programa Saúde na Escola em articulação com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), que é responsável pela gestão do PSE. Este Grupo deve ser composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação; das equipes de AB/SF; dos educadores e equipes das escolas; dos educandos e da comunidade local. Alguns dos objetivos do GTI-M são garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das UBS; subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE e definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal, dentre outros.		

Parte II – Equipe de Saúde Bucal

DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL

A – SUBDIMENSÃO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO

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

1.1	A gestão municipal tem as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal com orientadora das ações de saúde bucal no município.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal norteia as ações das equipes de Saúde Bucal por meio das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Reorienta o modelo de atenção em saúde bucal do município de acordo os seguintes pressupostos: assumir o compromisso de ampliação e qualificação da saúde bucal na atenção básica, garantindo qualidade e resolubilidade; garantir uma rede de saúde bucal articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; e assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.		

1.2	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes para implantação e implementação das equipes de Saúde Bucal da atenção básica, definindo-a como orientadora da Rede de Atenção à Saúde Bucal do SUS.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Plano Municipal de Saúde contempla ações das equipes de Saúde Bucal da atenção Básica com vistas a garantir a qualificação e o acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. As diretrizes que orientam as equipes de Saúde Bucal da 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.		

1.3	A gestão municipal de saúde estabelece estratégias de implantação dos serviços de saúde bucal nas 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 os serviços de saúde bucal nas UBS de forma a garantir o acesso com equidade aos usuários das ações de saúde bucal na 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 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).		

1.4	A gestão municipal de saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde bucal da população como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal realiza planejamento participativo e utiliza para tomada de decisão: a) Análise e acompanhamento de indicadores de saúde bucal; b) Pactuações interfederativas; c) Sistemas de informação; d) Resultados de avaliação já realizada (avaliação do PMAQ e outras ferramentas de gestão) como recursos para orientar mudanças na organização e funcionamento dos serviços de saúde bucal na atenção básica.		

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

1.6	A gestão municipal de saúde garante o abastecimento das equipes de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal planeja as compras de equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos de forma a garantir a regularidade do abastecimento e o controle dos estoques, evitando a superposição de materiais ou desabastecimento da equipe de Saúde Bucal, otimizando assim os recursos financeiros e a garantia da continuidade das ações de saúde bucal. Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle de insumos odontológicos.		

1.7	A gestão municipal de saúde legitima, fortalece e qualifica a Coordenação Municipal de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há um profissional ou equipe especialmente designado para a função de Coordenação Municipal de Saúde Bucal, estando formalizada por lei, portaria ou ato interno, e representada no organograma da SMS. O(s) técnico(s) envolvido(s) com a Coordenação possui(em) formação em odontologia e pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Administração e Gestão. A Coordenação é responsável pela gestão do serviço de saúde bucal na atenção básica.		

1.8	A gestão municipal de saúde constitui equipe de apoio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	institucional como dispositivo de gestão vinculado à Coordenação de Saúde Bucal.	
A gestão municipal garante apoiadores institucionais que realizam encontros regulares com as equipes de Saúde Bucal, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações desenvolvidas 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, responsável pela articulação de saberes e práticas.		

1.9	A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído que envolve as equipes de Saúde Bucal da 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 saúde bucal da atenção básica para a educação permanente. O plano de educação permanente municipal é construído com a participação desses profissionais e está de acordo com as necessidades de aprendizagem deles. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde ou em parceria com os profissionais da rede de saúde, 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.		

B – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RAS) é uma estratégia que busca promover o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde bucal da população. As RAS constituem-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, apresentando 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 os cuidados e articulando-se com outros pontos de atenção.

1.10	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal e linhas de cuidado prioritárias.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal elabora e organiza fluxos para os usuários entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal, garantindo a referência e contrarreferência. Organiza a equipe de Saúde Bucal da atenção básica como centro de comunicação, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer ponto da Rede por meio de uma relação horizontal e contínua, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada do cuidado integral.		

1.11	A gestão municipal assegura serviços de especialidades odontológicas como referência para a atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal de saúde garante, para a atenção básica, a referência de serviços especializados de saúde bucal, no mínimo, nas seguintes especialidades: endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, atendimento a pessoas com deficiência e diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal, em seu território ou região de saúde. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é o modelo atual de referência apontado pela Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente).		

1.12	A gestão municipal assegura o acesso à prótese	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	dentária da população.	
A gestão municipal garante a oferta de prótese dentária (prótese total, prótese parcial removível e próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas) à população. As fases clínicas (moldagem anatômica, moldagem funcional, registros estéticos e interoclusais, prova de dentes, instalação e adaptação) de confecção das próteses dentárias são realizadas pela equipe de Saúde Bucal da atenção básica. Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) constituem-se em referência para o serviço de confecção de próteses dentárias na atenção básica.		

1.13	A gestão municipal de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde bucal 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: a) Central de regulação responsável pela marcação de consultas, exames especializados, a partir de sistema *on-line* ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade; b) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada; c) 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 de saúde bucal 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 das equipes de Saúde Bucal da atenção básica visa a equacionar questões relacionadas à força de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão trabalhadas nessa subdimensão as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde Bucal; 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.

1.14	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores das equipes de Saúde Bucal.	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 das equipes de Saúde Bucal da atenção básica. Realiza concurso ou seleção pública para provimento de cargo permanente ou emprego público.		

1.15	A gestão municipal remunera os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro, gratificação, prêmio financeiro para os profissionais das equipes de Saúde Bucal. 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. Nas localidades em que há populações específicas, local de difícil acesso e/ou áreas de vulnerabilidade, o município disponibiliza incentivo financeiro diferenciado para as equipes de Saúde Bucal.		

1.16	A gestão municipal garante aos trabalhadores das	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	equipes de Saúde Bucal plano de carreiras, cargos e salários.	
A gestão municipal garante, por meio de mecanismos legais instituídos pelo poder público, carreira profissional com previsão de progressão funcional para os trabalhadores das equipes de Saúde Bucal da atenção básica em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.		

1.17	A gestão municipal de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador das equipes de Saúde Bucal.	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 às informações e a participação na formulação, implementação e avaliação da política municipal de saúde bucal 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 à saúde bucal e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde bucal e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade.

1.18	A gestão municipal de saúde desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços prestados pelas equipes de Saúde Bucal.	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 aos serviços de saúde bucal prestados pelas equipes de Saúde Bucal na atenção básica: 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 de Saúde Bucal a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como reorientadoras dos processos de trabalho.		

1.19	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 Saúde Bucal, usuários e representantes de movimentos sociais; estimula também a formação de outros espaços de participação social, além de reuniões periódicas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, com a participação dos usuários do serviço.		

DIMENSÃO: COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

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 Coordenação de Saúde Bucal estabelece relação democrática e dialógica com as equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal estabelece mecanismos de gestão participativa com as equipes de Saúde Bucal da atenção básica, 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 das equipes de Saúde Bucal, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante, agendas de educação permanente.		

2.2	A gestão oferta apoio institucional para as equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão está organizada com apoiadores de referência para a atenção básica. O processo de trabalho do apoiador institucional está orientado e organizado para promover ações de qualificação da saúde bucal, integrando-os com as equipes de Atenção Básica, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho, observando-se o adequado dimensionamento do número de equipes por apoiador. Realiza-se: a) Discussão e montagem das agendas das equipes em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde; b) Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; c) Suporte à		

construção de projetos terapêuticos singulares, com base em casos ou situações que apresentam maior risco, mobilizam ou desafiam a equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal; d) Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede; e) Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; f) Análise de indicadores e informações em saúde, incluindo os da saúde bucal; g) Facilitação de processos locais de planejamento integrado; h) Discussão do perfil dos encaminhamentos das equipes de Saúde Bucal; i) Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; j) Articulação de ações de apoio matricial junto a outros serviços da rede.

F – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal, 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 contempla 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, se identificam 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 bucal.

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

2.4	A Coordenação de Saúde Bucal utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A Coordenação de Saúde Bucal utiliza o apoio matricial com a finalidade de auxiliar as equipes de Saúde Bucal em aspectos em que elas julguem necessitar de apoio, seja em relação ao processo de trabalho de maneira geral, seja em relação à clínica e ao cuidado direto ao usuário. São exemplos de práticas de apoio matricial: atuação da Coordenação de Saúde Bucal junto às equipes a fim de apoiar o desenvolvimento de suas atividades; acompanhamento e avaliação das ações de cuidado em saúde; planejamento conjunto/compartilhado com outras áreas da gestão com expertise na temática; apoio de outros níveis de atenção à saúde na qualificação dos encaminhamentos para especialistas; e outras ações desenvolvidas pela equipe da gestão em conjunto com as equipes de Saúde Bucal.

2.5	A Coordenação de Saúde Bucal dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal estimula e disponibiliza mecanismos virtuais e/ou presenciais, como 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.		

2.6	A Coordenação de Saúde Bucal estimula a participação das equipes de Saúde Bucal nas reuniões da equipe de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal incentiva a participação das equipes de Saúde Bucal nas reuniões da equipe de Atenção Básica na qual está inserida, 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.		

2.7	A Coordenação de Saúde Bucal faz articulações de forma a propiciar que as equipes de Saúde Bucal sejam espaços de formação e aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal estimula processos de formação e produção de conhecimento nas equipes de Saúde Bucal tais como: pesquisas, 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. A gestão estabelece parcerias com as instituições de ensino e pesquisa para ofertar cursos de formação aos trabalhadores que realizam a preceptoria/tutoria.

2.8	A Coordenação de Saúde Bucal viabiliza a participação para os profissionais de saúde bucal em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal incentiva e viabiliza a participação dos profissionais das equipes de Saúde Bucal em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por instituições de ensino superior, escolas de saúde pública, Escola Técnica do SUS e/ou centros formadores. 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 profissional, tempo de serviço, desempenho, dedicação, entre outros.		

G – SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira, propiciando intervenções pontuais para a correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre o objeto analisado, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas, é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem de informação para a ação, incorporando-as ao conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de Saúde Bucal.

2.9	A Coordenação de Saúde Bucal realiza ações 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 para a saúde bucal. É parte integrante do planejamento no âmbito das equipes de Saúde Bucal, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento são realizadas: a) Definição das ações prioritárias para o acompanhamento; b) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades; c) Definição de responsáveis; d) Periodicidade do acompanhamento; e) Instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; f) Mecanismos de divulgação de resultados; g) Discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde.

2.10	A Coordenação de Saúde Bucal utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal faz avaliações das ações prioritárias em saúde bucal, refletindo criticamente suas potencialidades e fragilidades, bem como as necessidades de aprimoramento. Utiliza os resultados de avaliações para adoção de estratégias que qualifiquem as ações de saúde bucal, tais como: Avaliação Externa do PMAQ, suplementos da PNAD sobre Panorama de Saúde; Segurança Alimentar, entre outras. Promove ou participa de avaliações, no contexto da saúde bucal, realizadas por atores externos à gestão municipal.		

2.11	A Coordenação de Saúde Bucal promove discussão de resultados do monitoramento e avaliação com os profissionais das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal debate e decide junto com os profissionais das equipes de Saúde Bucal as informações/indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/estadual e/ou federal (COAP, PMAQ etc.). Realiza discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos/oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.		

2.12	A Coordenação de Saúde Bucal adota estratégias que fortalecem a alimentação e uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal garante o abastecimento adequado das fichas necessárias para o registro das informações na atenção básica. Promove aperfeiçoamento dos profissionais de saúde bucal para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar necessidades de saúde bucal dos usuários e toma decisões que visam ao aprimoramento dos serviços de saúde bucal com base nessas informações.		

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

H – SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura dos consultórios odontológicos e dos equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações de saúde bucal 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 a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde bucal dos usuários.

3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física, está adequada para o desenvolvimento das ações das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS, onde a equipe de Saúde Bucal atua, possui infraestrutura adequada, boa condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas e elétricas adequadas, para o desenvolvimento das ações de saúde bucal em conjunto com a equipe de Atenção Básica. O consultório odontológico está na mesma estrutura física da UBS onde está a equipe de Atenção Básica.		

3.2	O consultório odontológico, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequado para o desenvolvimento das ações das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O consultório odontológico possui boa condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, 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 dispor de equipamentos em quantidade suficiente para o atendimento odontológico. Verificar Anexo I.		

3.3	O consultório odontológico possui planejamento dos serviços de manutenção das instalações físicas e equipamentos odontológicos 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 e equipamentos odontológicos, sendo feitos sob a ótica preventiva e corretiva, de forma contínua e sistemática, contribuindo, assim, para a maior resolubilidade das ações de saúde bucal.		

3.4	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão disponibiliza acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet – possibilitando a melhoria da comunicação profissional entre os profissionais da rede de saúde bucal e do acesso a dados e indicadores de saúde bucal; facilitando os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes de Saúde Bucal.		

3.5	O deslocamento dos profissionais das equipes de Saúde Bucal 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
A gestão disponibiliza às equipes da Atenção Básica, incluindo a saúde bucal, veículos em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar as atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e cronograma de cada uma delas.		

3.6	A Unidade Básica de Saúde e o consultório odontológico estão adequados para os atendimentos às pessoas com deficiência, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS e o consultório odontológico dispõem de materiais, equipamentos e instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e da atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, 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. Verificar Anexo J.

I – SUBDIMENSÃO: INSUMOS, INSTRUMENTAIS E MEDICAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, instrumentais e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde bucal e o processo de dispensação/controle de medicamentos pela Unidade Básica de Saúde onde a equipe de Saúde Bucal atua.

3.7	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de insumos odontológicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde bucal e atividades educativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de insumos odontológicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações de saúde bucal e as atividades educativas destinadas à população. Verificar Anexo J.		

3.8	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde bucal.	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 odontológico prestado. Verificar Anexo L.		

3.9	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais das equipes de Saúde Bucal com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde, podendo também ser utilizados pelos usuários. São disponibilizados itens como: óculos de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas, máscaras, capotes, aventais, gorros, botas ou sapatos fechados, avental de chumbo etc.		

3.10	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de instrumentais odontológicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular do atendimento odontológico.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de instrumentais odontológicos em quantidade suficiente para a realização dos atendimentos clínicos diários da população. Verificar Anexo M.		

3.11	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica prescritos com maior frequência pelo cirurgião-dentista.	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 resolubilidade dos tratamentos de saúde bucal. Ver Anexo I.		

3.12	O consultório odontológico dispõe de condições adequadas para o armazenamento dos instrumentais e insumos odontológicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O consultório odontológico dispõe de condições adequadas para o armazenamento dos instrumentais e insumos odontológicos, bem como um local exclusivo, separado dos demais, em armário fechado, limpo, protegido de poeira, calor, umidade e insetos.		

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL

J – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Os processos de reorganização da atenção básica em saúde bucal 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 e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais da equipe de Saúde Bucal está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

4.1	Os profissionais da equipe de Saúde Bucal de nível superior e médio 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 e médio da equipe 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 Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva; residência em Saúde da Família; curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica etc.		

4.2	A equipe de Saúde Bucal utiliza dispositivos de educação permanente e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal participa de atividades de educação permanente e apoio matricial a distância como: participação em cursos de Educação a Distância – EAD (cursos de atualização e/ou especialização), atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na atenção básica (como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa), participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras.		

4.3	A equipe de Saúde Bucal participa de cursos de atualização e qualificação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal da 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 do serviço prestado na atenção básica.		

K – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como a busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento a urgências odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde bucal da população; planejamento das ações; serviços com rotinas 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 os cuidados na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde bucal do território.

4.4	A equipe de Saúde Bucal trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal da atenção básica estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela atenção/resolução dos problemas de saúde bucal da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Conhece o território adscrito para obtenção de informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe e, para isso, o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.		

4.5	A equipe de Saúde Bucal planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, em conjunto com a equipe de Atenção Básica, 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. Dessa forma,		

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 são utilizados para a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe de Saúde Bucal em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.

4.6	A equipe de Saúde Bucal organiza e compartilha sua agenda de atendimento individual com os 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 da equipe de Saúde Bucal é utilizada como recurso-chave para ampliar o acesso aos usuários; otimizar o tempo; priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde bucal da população. Essa organização e compartilhamento da agenda contribuem 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. Dessa forma, é realizado o 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.		

4.7	A equipe de Saúde Bucal realiza a coordenação dos cuidados em saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal compreende a coordenação dos cuidados como a sistematização da atenção ao indivíduo e familiares com o intuito de assegurar assistência integral, resolutiva e contínua. A equipe 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 à saúde bucal, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, em qualquer um desses pontos, 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-sentinelas e incidentes críticos, entre		

outros.

4.8	A equipe de Saúde Bucal 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 de Saúde Bucal da atenção básica 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 familiares e afetivas (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 Saúde Bucal oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal da 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.		

4.10	A equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada e oportuna.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal da atenção básica utiliza a visita domiciliar para possibilitar conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde bucal 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 às atividades de autocuidado em saúde bucal; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da atenção básica. As visitas são programadas com os ACS, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam atendidas prioritariamente.

4.11	A equipe de Saúde Bucal realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal da 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, garantindo, assim, acessibilidade e resolubilidade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.

4.12	A equipe de Saúde Bucal garante atendimento aos casos de urgências odontológicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal da atenção básica acolhe a demanda de portadores de quadros agudos, fornecendo atendimento resolutivo às urgências odontológicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada, ampliando, assim, a resolubilidade da atenção à saúde bucal e fortalecendo o vínculo equipe–comunidade. Uma situação de urgência odontológica é entendida como ocorrência imprevista de agravo à saúde bucal, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado, e a intervenção exigida está no âmbito de resolubilidade da equipe de Saúde Bucal da atenção básica.

4.13	A equipe de Saúde Bucal participa das reuniões com a	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	equipe de Atenção Básica.	
A equipe de Saúde Bucal participa das reuniões periódicas (semanal ou quinzenal) com os demais profissionais da atenção básica, 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 Saúde Bucal utiliza a informações dos sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal utiliza, de forma sistemática, os dados dos sistemas de informação (SIA e SIAB) para avaliar suas ações e planejar a ofertas de serviços odontológicos no território.		

4.15	A equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal 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. Como também discuti os resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, ampliação das possibilidades de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e da satisfação dos profissionais e usuários.		

4.16	A equipe de Saúde Bucal faz registro e monitoramento dos encaminhamentos às especialidades, bem como dos retornos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal mantém registradas as referências e contrarreferências. Essas informações são lançadas nos prontuários clínicos para facilitar a coordenação dos cuidados e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.		

L – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programática quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adulto e idoso), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Compreende abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.

4.17	A equipe de Saúde Bucal realiza busca ativa das gestantes para o atendimento odontológico.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal garante, no mínimo, uma avaliação odontológica por gestante. A atenção odontológica compreende avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas e considerando o período da gestação, além de promover ações de educação e prevenção de problemas bucais para a gestante e o bebê.		

4.18	A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal realiza ações coletivas e individuais de prevenção do câncer bucal, tais como orientação e autoexame, sensibilização e realização de exame preventivo periodicamente.		

4.19	A equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento da população idosa do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal presta atendimento à população idosa do território, realizando o atendimento no domicilio quando da impossibilidade de o idoso se locomover.		

4.20	A equipe de Saúde Bucal atua integrada com os demais profissionais da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal busca constante integração com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde onde atua, incluindo os agentes comunitários de saúde, quando houver, na		

perspectiva da atenção integral e de um projeto terapêutico integrado.

4.21	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, as 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, entre outras.		

4.22	A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de prevenção, promoção e de avaliação de saúde bucal regularmente na rede pública de ensino.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal desenvolve periodicamente ações de saúde bucal nas escolas da rede pública de ensino (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio), quando presentes em seu território, em parceria com os demais profissionais da atenção básica e das escolas. Aborda, ao longo do ano letivo, conteúdos relativos à prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde bucal dos educandos, a fim de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde.		

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 das pautas em curso.

4.23	A equipe de Saúde Bucal participa de reuniões com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde bucal, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O plano de trabalho da equipe de Saúde Bucal inclui agendas, em conjunto com a equipe de Atenção Básica, de discussão 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 de Saúde Bucal busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas e ONGs, entre outros. Busca fortalecer vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas a fim de compreender a realidade de vida da população.		

4.24	A equipe de Saúde Bucal disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal, em conjunto com a equipe de Atenção Básica, 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 à saúde bucal.		

4.25	São disponibilizadas informações sobre o funcionamento da unidade de saúde e da equipe de Saúde Bucal de maneira clara e acessível aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São disponibilizadas **informações** aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: as equipes de Saúde Bucal, horário de funcionamento da unidade e do atendimento odontológico; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; escala dos profissionais com nome e horário de trabalho; telefone da ouvidoria; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários, também em versão acessível para pessoas com deficiência.		

N – SUBDIMENSÃO: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão se unindo para promover o desenvolvimento pleno desse público. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, importante demanda da comunidade e tarefa essencial das equipes de Atenção Básica.

4.26	A equipe de Saúde Bucal atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde bucal dos educandos por meio de avaliação das condições de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de saúde bucal na escola (creches, pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio) em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda conteúdos relativos à avaliação das condições de saúde bucal dos educandos. No caso de educandos identificados com alterações nas avaliações clínicas, a equipe de Saúde Bucal realiza encaminhamento para UBS ou serviço da RAS.		

4.27	A equipe de Saúde Bucal atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de saúde na escola (creches, pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio), juntamente com a equipe de Atenção Básica, em parceria com as equipes de profissionais da educação, abordando aspectos de promoção e prevenção à saúde bucal. Entre as atividades desenvolvidas, a comunidade escolar, pais e responsáveis são orientados sobre as principais doenças bucais, importância do autocuidado em relação à higiene bucal, alimentação saudável e utilização da rede pública de saúde, assim como recebem orientações em relação à importância das relações interpessoais solidárias e cooperativas e instituição da gestão escolar participativa com inclusão dos educandos. A equipe de Saúde Bucal realiza atividades coletivas de escovação dental supervisionada, motivação do hábito de higiene bucal no ambiente escolar e aplicação tópica de flúor. Faz orientações a jovens e adolescentes quanto à rede pública de apoio ao usuário de álcool, tabaco, crack e outras drogas; há Grupo Intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar. Desenvolve ações que refletem sobre o ambiente escolar, sem depredação do patrimônio público, favorece as práticas de alimentação saudável e as práticas corporais, de atividade física e lazer.		

4.28	A equipe realiza atividades de formação continuada e capacitação referente a temas do Programa Saúde na Escola.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal, conjuntamente com a equipe de Atenção Básica, realiza atividades periódicas de formação utilizando estratégias como: oficinas, ensino a distância e apoio institucional; formação de jovens protagonistas por meio da metodologia de educação de pares, buscando a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde; formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao PSE por meio da realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto aos professores, merendeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais das escolas e das equipes de AB/SF, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, prevenção de agravos e promoção da saúde.		

4.29	As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico das escolas acompanhadas pela equipe de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal, conjuntamente com a equipe de Atenção Básica, participa das reuniões de elaboração do PPP ou as ações do PSE estão contempladas no PPP das escolas, entendendo que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade. O PPP é um documento produzido como resultado do diálogo entre diversos setores da comunidade escolar a fim de organizar e planejar o trabalho, buscando soluções para os problemas diagnosticados.		

4.30	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal, conjuntamente com a equipe de Atenção Básica, planeja e realiza as ações do Programa Saúde na Escola em articulação com o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), que é responsável pela gestão do PSE. Este deve ser composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação; das equipes de AB/SF; dos educadores e equipes das escolas; dos jovens e da comunidade local. Alguns dos objetivos do GTI-M são garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das UBS; subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; e definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal, entre outros.		

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

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 – 20 pontos

Nº padrões	1.10	1.11	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Subdimensão – C: Gestão do Trabalho – 40 pontos

Nº padrões	1.12	1.13	1.14	1.15	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	1.16	1.17	1.18	1.19	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 DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Dimensão: Gestão da Atenção Básica

Subdimensão – E: Apoio Institucional – 20 pontos

Nº padrões	2.1	2.2	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Subdimensão – F: Educação Permanente – 60 pontos

Nº padrões	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	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 – 40 pontos

Nº padrões	2.9	2.10	2.11	2.12	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 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 DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensão – H: Infraestrutura e Equipamentos – 80 pontos

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

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 15	16 a 31	32 a 47	48 a 63	64 a 80

Subdimensão – I: Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos – 80 pontos

Nº padrões	3.9	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	Soma total
Resultados obtidos									

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 15	16 a 31	32 a 47	48 a 63	64 a 80

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 DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

Subdimensão – J: Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica – 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 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	25 a 30

Subdimensão – K: Organização do Processo de Trabalho – 140 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	4.16	4.17
Resultados obtidos														
Soma total														

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 27	28 a 55	56 a 83	84 a 111	112 a 140

Subdimensão – L: Atenção Integral à Saúde – 350 pontos

Nº padrões	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26	4.27	4.28
Resultados obtidos											

Nº padrões	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
Resultados obtidos											
Nº padrões	4.51	4.52	-								
Resultados obtidos			-								
Soma total											

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 69	70 a 139	140 a 209	210 a 279	280 a 350

Subdimensão – M: Participação Social e Satisfação do Usuário – 40 pontos

Nº padrões	4.53	4.54	4.55	4.56	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: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde (para as equipes SEM Programa Saúde na Escola)

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

Atenção: As EQUIPES PARTICIPANTES DO PSE devem utilizar a próxima folha resposta para realizar o cálculo para a **Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)**

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)

Subdimensão – J: Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica – 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 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	25 a 30

Subdimensão – K: Organização do Processo de Trabalho – 140 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	4.16	4.17
Resultados obtidos														
Soma total														

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 27	28 a 55	56 a 83	84 a 111	112 a 140

Subdimensão – L: Atenção Integral à Saúde – 350 pontos

Nº padrões	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26	4.27	4.28
Resultados obtidos											
Nº padrões	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
Resultados obtidos											
Nº padrões	4.51	4.52	-								
Resultados obtidos			-								
Soma total											

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 69	70 a 139	140 a 209	210 a 279	280 a 350

Subdimensão – M: Participação Social e Satisfação do Usuário – 40 pontos

Nº padrões	4.53	4.54	4.55	4.56	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 – N: Programa Saúde na Escola – 60 pontos

Nº padrões	4.57	4.58	4.59	4.60	4.61	4.62	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

Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)

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

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 5)

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

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Dimensão: Gestão Municipal

Subdimensão – A: Implantação e Implementação da Saúde Bucal na 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 Bucal – 40 pontos

Nº padrões	1.10	1.11	1.12	1.13	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 – C: Gestão do Trabalho – 40 pontos

Nº padrões	1.14	1.15	1.16	1.17	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 – 20 pontos

Nº padrões	1.18	1.19	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

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 DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Dimensão: Gestão da Atenção Básica

Subdimensão – E: Apoio Institucional – 20 pontos

Nº padrões	2.1	2.2	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Subdimensão – F: Educação Permanente – 60 pontos

Nº padrões	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	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 – 40 pontos

Nº padrões	2.9	2.10	2.11	2.12	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 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 DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensão – H: Infraestrutura e Equipamentos – 60 pontos

Nº padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	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 – I: Insumos, Instrumentais e Medicamentos – 60 pontos

Nº padrões	3.7	3.8	3.9	3.10	3.11	3.12	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

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 DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Dimensão: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal

Subdimensão – J: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal – 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 – 130 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	4.16
Resultados obtidos													
Soma total													

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 25	26 a 51	52 a 77	78 a 103	104 a 130

Subdimensão – L: Atenção Integral à Saúde Bucal – 60 pontos

Nº padrões	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	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 – M: Participação Social e Satisfação do Usuário – 30 pontos

Nº padrões	4.23	4.24	4.25	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 (para as equipes SEM Programa Saúde na Escola)

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

Atenção: As EQUIPES PARTICIPANTES DO PSE devem utilizar a próxima folha resposta para realizar o cálculo para a **Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)**

Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)

Subdimensão – J: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal – 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 – 130 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	4.16
Resultados obtidos													
Soma total													

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 25	26 a 51	52 a 77	78 a 103	104 a 130

Subdimensão – L: Atenção Integral à Saúde Bucal – 60 pontos

Nº padrões	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	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 – M: Participação Social e Satisfação do Usuário – 30 pontos

Nº padrões	4.23	4.24	4.25	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 – N: Programa Saúde na Escola – 50 pontos

Nº padrões	4.26	4.27	4.28	4.29	4.30	Soma total
Resultados obtidos						

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50

Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde (para as equipes COM Programa Saúde na Escola)

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

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 5)

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

GLOSSÁRIO

Abordagem familiar: estratégia essencial para o conhecimento e compreensão da dinâmica das pessoas e famílias do território, devendo adotar uma concepção de família ampliada, o que contribui para o desenvolvimento e sistematização da gestão do cuidado e a continuidade da assistência.

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.

Alimentação adequada e saudável: de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), é a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas educativas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

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.

Benefício Variável à Gestante – BVG: com a implementação desse benefício, amplia-se a responsabilidade do SUS junto às famílias do PBF, pois a identificação das famílias elegíveis ao BVG será feita pela saúde, por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde. Assim, esse benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da gestação, antes a família receberá o benefício.

Benefício Variável Nutriz – BVN: destinado às famílias inscritas no Cadastro Único que tenham crianças com até seis meses de vida, com o objetivo de garantir melhores condições de nutrição à mãe, se ela for a responsável pela(s) criança(s), e ao bebê, auxiliando na promoção da Segurança Alimentar e Nutricional, dada a grande relevância da amamentação nos primeiros seis meses de vida. A família terá direito ao benefício mesmo que a criança não esteja em aleitamento materno, como forma de garantir outro tipo de alimentação ao bebê. Esse benefício começa a ser pago quando uma criança for identificada no Cadastro Único, tendo direito a seis parcelas mensais, pagas ao responsável pela família, independentemente do gênero (masculino ou feminino) ou grau de parentesco com o recém-nascido. Para que a família comece a receber o Benefício Variável Nutriz, não será exigido que a criança esteja com o calendário vacinal em dia, nem que já tenha iniciado o acompanhamento de puericultura. Porém, uma vez iniciada a concessão do benefício, para que a família continue a recebê-lo, é necessário que as crianças estejam com o calendário vacinal atualizado e com o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento realizado, conforme a Portaria nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. O não cumprimento dessas condicionalidades poderá levar à suspensão do pagamento do BVN.

Cálculo de Índice de Massa Corporal – IMC: indicador utilizado para avaliar a proporção entre o peso e a altura dos indivíduos.
Método de cálculo:
As medidas de peso e altura do indivíduo devem ser avaliadas segundo métodos preconizados e registradas, respectivamente, em quilos e em metros. O IMC é calculado pela relação entre o peso dividido pelo quadrado da altura do indivíduo, assim como expresso pela fórmula abaixo:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Epilepsia: condição neurológica grave de maior prevalência. Estima-se que acometa em torno de 1% na população em geral.

Fórmula de cálculo da estimativa de gestante: {[número de nascidos vivos no município (fonte: SINASC) do ano anterior + 10% (perdas estimadas)] / população do município} x 100.

Gestão do cuidado: sistematização da atenção ao indivíduo e familiares com o intuito de assegurar assistência integral, resolutiva e contínua.

Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL: instrumento importante para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a amamentação, reforçada com a Lei nº 11.265/2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

Projeto Terapêutico Singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

Prevalência das doenças crônicas no Brasil

A tabela abaixo apresenta a prevalência média no Brasil para cinco doenças crônicas:

Tabela 6 – Média brasileira para cinco doenças crônicas

Doença crônica/fator de risco	Prevalência Média no Brasil
Hipertensão arterial sistêmica	22,7% entre maiores de 18 anos (Vigitel, 2012)
Diabetes Mellitus	5,6% entre maiores de 18 anos (Vigitel, 2012)
Obesidade	Maiores de 19 anos: 16,9% Meninas (5-9 anos): 16,6% Meninos (5-9 anos): 11,8% Adolescentes (11-19 anos): 4,9% (POF, 2008)
Asma	População geral: 10% Crianças (6-7 anos): 24,3% Adolescentes (13-14 anos): 19,0% (Solé et al., 2006)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Maiores de 40 anos: 12% (SBPT, 2004)

Fonte: (adaptado de BRASIL, 2012; SOLÉ et al., 2006; SBPT, 2004).

Rastreamento de câncer de mama: o rastreamento do câncer de mama por meio de mamografia, para mulheres entre 50 e 69 anos, é a cada dois anos. A decisão de

começar o rastreamento com mamografia antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada, considerando se há risco elevado ou alteração no exame clínico. O rastreamento de câncer de colo do útero por meio do exame citopatológico deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas da faixa etária de 25 a 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos. A partir de 60 anos, o rastreio deve ser individualizado e não está recomendado acima de 65 anos se os últimos exames estiverem normais. A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para o seu início.

Redução de danos: estratégia adotada pelo MS que, de maneira geral, se propõe a reduzir riscos e prejuízos de ordem biológica e psicossociais associados a certos comportamentos e práticas de risco à saúde, sem exigir a extinção do comportamento para que a oferta de cuidado aconteça. Tem como prerrogativa o respeito aos usuários e suas escolhas, o que não inviabiliza uma abordagem problematizadora da equipe sobre essas escolhas. Essa proposta é pautada no respeito aos usuários e suas escolhas, por exemplo: propor para diabéticos e hipertensos novas formas de ingestão de açúcar e sal, ou a inclusão de outros hábitos de vida no dia a dia do usuário que possam amenizar e facilitar o manejo do quadro clínico posteriormente no percurso do tratamento.

Sofrimento psíquico (transtornos mentais leves ou graves): pode ser exemplificado como quadros de sofrimento emocional difuso, depressão, lutos, transtornos ansiosos, queixas somáticas (sem causa orgânica definida), dependências químicas, psicoses (perda de contato com a realidade – delírios, alucinações, comportamentos bizarros e, por vezes, isolamento social), entre outros.

- Transtornos mentais leves – as pessoas trazem queixas físicas sem nenhuma patologia orgânica associada, mas com quadros de sofrimentos emocionais. São transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade que aqueles atendidos em unidades especializadas (CAPS e ambulatórios), com muitas queixas somáticas, com sintomas mistos de depressão e ansiedade associados a problemas psicossociais. São casos que geralmente envolvem reações emocionais às dificuldades da vida cotidiana.
- Transtornos mentais graves – as pessoas com transtornos caracterizam-se por perda significativa da funcionalidade social (de forma breve ou persistente). Geralmente, podemos, de forma simplificada, dividir em quatro grupos: psicóticos, afetivos graves, compulsivos graves e de personalidade.

Situação de urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado. Na atenção básica, a intervenção exigida está no âmbito da sua resolubilidade.

Território: o território adscrito da equipe é sua unidade de planejamento das ações, que são desenvolvidas com base nas necessidades e prioridades da população cadastrada. 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.

Vigilância epidemiológica: 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.

Vigilância em Saúde Ambiental: tem como objetivo o conhecimento, a detecção e a prevenção de quaisquer mudanças dos fatores ambientais que possam influenciar ou alterar os determinantes e/ou condicionantes da saúde humana.

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.

Bibliografia

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. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico SINGULAR**. 2. ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. **Diretrizes nacionais de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1 23 dez. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm>. Acesso em: 21 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família**: manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília: ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

7BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília: ministério da saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional do programa nacional de suplementação de ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde**: roteiros para reflexão e ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases**: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 4 maio 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>. Acesso em: 21 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 249, 29 dez. 2010c, p. 72.

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). Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 22 out. 2011a. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>. Acesso em: 31 de out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Os medicamentos financiados pelo componente Básico da Assistência Farmacêutica vão sofrer alterações, tendo em vista o marco regulatório do Decreto e o processo de pactuação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no primeiro semestre de 2012. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 29 jun. 2011b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 21 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 30 de jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário do CONASS para a construção de consensos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. (CONASS documenta – Cadernos de informação técnica e memória do Progestores, v. 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica.1. ed., 4 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Unicef. **Carências de micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Caderno de Atenção Básica, n. 20)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SIT nº 194, de 22 de dezembro de 2006. Altera o item 6.9.1 “c” da Norma Regulamentadora n.º 6, aprovada pela Portaria n.º 25, de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 28 dez. 2006. Disponível

em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/MTE/2006/194.htm>. Acesso em: 21 maio 2014.

BRASIL. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BUISCHI, Y. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, n. 22, Série EAP/APCD, 2000.

CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira et al. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 7-15, fev. 2002.

CARVALHO, J. et al. Tratamento da doença cárie. In: ABOPREV. **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, p. 93-112, 1997.

CERVEIRA, J. **Políticas de Saúde Bucal Implantadas no Rio Grande do Sul, pela Secretaria Estadual de Saúde entre I964 e I994**: percepção dos gestores. Canoas: Dissert.ULBRA, 2003.

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.

FERREIRA, M. A.F., RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. (Org.). **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal-RN: Editora da UFRN, 2004.

FRAZIER, P. J.; HOROVITZ, A. M. Prevention: a public Health perspective. 1995. In: PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000, p. 296.

FRENCKEN, J. E.; HEMGREN, C. J. **Tratamento restaurador atraumático para a cárie dentária**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2001.

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, 2010, p. 43-56.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAfiA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCRA). **Manual de Detecção de lesões suspeitas**: câncer de boca. Rio de Janeiro, 1996.

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. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2002. Disponível em: <http://books.google.com.br/books>. Acesso em: 31 de out. 2011.

MARCENES, W.; BONECKER, M. J. S. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas – EAP-APCD, 2000, p. 75-96.

MATUS, C. Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In: RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989, p. 105-149.

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

MATUS, C. O Método PES- Roteiro de análise teórica. In: TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania)

MEHRY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) et. al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-160.

MURRAY, J. J. **The prevention of oral disease**. Oxford University Press, 1996.

NADANOVSKY, P. O Declínio da Cárie. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000, p.341 – 350.

NARVAI, P. C. Fluoretação da água: heterocontrole no município de São Paulo no período de 1990-1999. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 50-56, 2000.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 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.

RODRIGUES, F. G.; AMORIM, J. B. O. Estudo comparativo do teor de flúor encontrado na rede de abastecimento público, reservatórios domiciliares e filtros domésticos. **Rev. ABO Nac**., v. 2, n. 6, p. 409-410, dez. 94/jan. 1995. (Caderno Científico)
RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 9-25, 2000.

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: BROSE, Markus (Org.). **Metodologia participativa**: uma introdução a 20 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001, p. 161-176.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso brasileiro sobre doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, 2004, (Suplemento 5).

SOLE, Dirceu; ISAAC – GRUPO BRASILEIRO et al. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC): fase 3. **J. Pediatria,** Rio de Janeiro, [online]. v. 82, n. 5, p. 341-346, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000600006>. Acesso em: 5 jun. 2014.

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.

ANEXOS

ANEXO A – Infraestrutura, Equipamentos e Materiais para a UBS

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
Abrigo de resíduos sólidos	
Administração e gerência	
1	Cadeiras
2	Cesto de lixo
3	Estante ou armário
4	Mesa tipo escritório com gavetas
5	Quadro mural
6	Computador
Almoxarifado	
7	Armários
8	Cadeiras
9	Estantes
10	Mesa
Área para abrigo de compressor e bomba	
Área de espera	
11	Bebedouro
12	Cesto de lixo
13	Suporte para TV e vídeo
14	Longarina
15	Televisor
Área externa	
Área externa para embarque de ambulância	
Área de recepção	
16	Arquivos fichário de metal
17	Cadeiras
18	Mesa de escritório
19	Mesa de impressora + impressora
20	Mesa de microcomputador + computador
Área de serviço	
21	Armários e bancadas
22	Tanque de louça ou de aço
Banheiro para funcionários	
23	Armário
24	Bacia sanitária
25	Chuveiro
26	Lavatório

Continua...

continuação

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
Central de material de esterilização	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação	
27	Bancada com bojo
28	Bancada com pia e pia de despejo
29	Ducha para lavagem
30	Lixeira com tampa e pedal
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	
31	Armários sobre e/ou sob bancada
32	Autoclave
33	Bancada sem bojo (esterilização)
34	Bancada com pia
35	Bancos de altura compatível com manipulação de materiais sobre bancada
36	Exaustor
37	Guichê de distribuição de material
38	Lavatório
39	Torneira com fechamento que dispense uso das mãos
Sala de utilidades	
40	Armários de aço
41	Estante modulada
42	Escada
43	Cesto de lixo
Consultório ginecológico	
44	Armário vitrine
45	Balança antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
46	Balança antropométrica (capacidade mínima 200 kg)
47	Balança infantil
48	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
49	Banqueta giratória ou mocho
50	Biombo
51	Cadeiras
52	Cesto de lixo
53	Detector fetal
54	Estetoscópio de Pinard
55	Escada de dois degraus
56	Esfigmomanômetro
57	Estetoscópio
58	Foco de luz
59	Glicosímetro

Continua...

Continuação

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
60	Instrumentais
61	Lanterna clínica
62	Lavatório/torneira que dispense uso das mãos
63	Mesa para exame ginecológico com perneira
64	Mesa auxiliar
65	Mesa tipo escritório
66	Negatoscópio
67	Oftalmoscópio
68	Otoscópio
69	Porta-dispensador de sabão líquido
70	Porta-rolo de papel-toalha
Consultório	
71	Armário vitrine
72	Aparelho de pressão adulto
73	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal
74	Aparelho de nebulização
75	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
76	Balança antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
77	Cadeiras
78	Cesto de lixo
79	Escada de dois degraus
80	Esfigmomanômetro
81	Estetoscópio
82	Foco de luz
83	Glicosímetro
84	Lanterna clínica
85	Lavatório com torneira que dispense uso das mãos
86	Mesa auxiliar
87	Mesa para exames
88	Mesa tipo escritório
89	Microscópio (só para os Estados com área endêmica)
90	Negatoscópio

91	Otoscópio
92	Porta-rolo de papel-toalha
93	Porta-dispensador de sabão líquido
94	Régua antropométrica

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
Copa/cozinha	
95	Bancada com pia
96	Cadeira
97	Cesto de lixo
98	Fogão ou micro-ondas
99	Mesa
100	Quadro de avisos
101	Refrigerador
Depósito de material de limpeza/área de serviço	
102	Armário
103	Bancada
104	Tanque de louça ou aço
Farmácia	
Área de dispensação de medicamentos	
105	Aparelho condicionador de ar
106	Balcão com prateleira
107	Caixas tipo BIN (diversos tamanhos)
108	Cadeiras
109	Computador com impressora e acesso à internet
110	Estante de aço
111	Geladeira
112	Lixeira com tampa e pedal
113	Mesa para computador e impressora
114	Mesa auxiliar
115	Paletes/estrados
116	Refrigerador
117	Termômetro digital
Sala de estocagem de medicamentos	
118	Armário fechado

119	Aparelho condicionador de ar
Continuação	BIN (diversos tamanhos)
121	Escada
122	Estante de aço para estoque
123	Lixeira com tampa e pedal
124	Mesa auxiliar
125	Paletes/estrados
126	Refrigerador
127	Termômetro digital

Continua...

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
Sala para seguimento farmacoterapêutico	
128	Armário simples
129	Cadeiras
130	Computador
131	Lixeira com tampa e pedal
132	Mesa com gavetas
Sala de acolhimento multiprofissional	
133	Mesa tipo escritório
134	Cadeira
135	Cesto de lixo
Sala ACS/ACE	
136	Armário
137	Cadeira
138	Cesto de lixo
139	Mesa reunião
140	Quadro branco ou aviso
Sala de atividades coletivas	
141	Cadeiras universitárias ou cadeiras de auditório
142	Mesa
143	Quadro branco
Sala de coleta	
144	Armários sob e sobre a bancada
145	Cadeiras
146	Escada com dois degraus
147	Mesa para exame clínico
148	Mesa tipo escritório com gavetas

Sala de curativos	
149	[illegible]e
150	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
151	Cadeira de rodas
152	Cadeiras
153	Carro de curativo
154	Cilindro de oxigênio (preso em suporte)
155	Escada de dois degraus
156	Esfigmomanômetro
157	Estetoscópio
158	Estetoscópio adulto
159	Estetoscópio pediátrico ou neonatal

Continuação

Continua...

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
160	Foco de luz
161	Instrumentais cirúrgicos
162	Mesa auxiliar (na ausência de carro de curativo)
163	Mesa de exame clínico
164	Nebulizador
165	Porta-dispensador de sabão líquido
166	Suporte de soro
167	Porta-rolo de papel-toalha
Sala de inalação coletiva	
168	Armário vitrine
169	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
170	Cadeiras ou bancos
171	Central de nebulização
172	Cesto de lixo
Sala de observação	
173	Aspirador portátil
174	Balde cilíndrico para porta-detrito com pedal
175	Biombo
176	Cilindro de oxigênio portátil completo
177	Colar cervical (*kit* com três tamanhos)
178	Escada de dois degraus

179	Esfigmomanômetro de coluna de mercúrio
	Estetoscópio
181	Glicosímetro
182	Lanterna clínica
183	Maca com grades removíveis e rodas com travas
184	Porta-dispensador de sabão líquido
185	Porta-rolo de papel-toalha
186	Ressuscitador manual (*kit* adulto, infantil e neonatal) – Ambu
Sala de procedimento	
187	Armário vitrine
188	Balança antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
189	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
190	Cadeira de rodas
191	Cilindro de oxigênio (preso em suporte)
192	Escada de dois degraus
193	Esfigmomanômetro
194	Saída de ar comprimido ou oxigênio

Continuacão

Continua...

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
195	Estetoscópio
196	Foco de luz
197	Glicosímetro
198	Instrumentais cirúrgicos
199	Lanterna clínica
200	Mesa auxiliar
201	Mesa para exames
202	Nebulizador
203	Porta-dispensador de sabão líquido

204	Porta-rolo de papel-toalha
continuação	ro
Sala de vacinas	
206	Ar-condicionado para sala de vacina
207	Armário vitrine
208	Arquivo de aço com gaveta
209	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
210	Caixa térmica
211	Cadeiras
212	Geladeira exclusiva para vacina
213	Mesa escritório com gavetas
214	Porta-dispensador de sabão líquido
215	Porta-rolo de papel-toalha
216	Refrigerador para vacina (capacidade mínima para 280 litros)
Sanitário para deficientes	
Sanitários para usuários	
Equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde na unidade de saúde	
217	Computador
218	Câmera (*web cam*)
219	Caixa de som
220	Estabilizador
221	Microfone para computador
222	Impressora
223	Televisão

Continua...

Conclusão.

ANEXO B – Materiais e Equipamentos de Urgência e Emergência

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Padrão 3.5)	
Nº	Descrição
1	Aspirador portátil ou fixo
2	Braçadeira
3	Biombo
4	Cilindro de oxigênio portátil completo
5	Colar cervical (*kit* com três tamanhos)
6	Escada de dois degraus
7	Esfigmomanômetro
8	Estetoscópio
9	Glicosímetro
10	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)
11	Laringoscópio com lâmina (adulto e infantil)
12	Lanterna clínica
13	Maca com grades removíveis e rodas com travas
14	Máscara de oxigênio
15	Otoscópio
16	Porta-dispensador de sabão líquido
17	Porta-rolo de papel-toalha
18	Ressuscitador manual (*kit* adulto, infantil e neonatal) – Ambu
19	Suporte para soro
20	Umidificador para oxigênio

ANEXO C – Estrutura Física para Pessoas com Deficiência

ESTRUTURA FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PADRÃO 3.7)	
Nº	Descrição
1	Sanitário adaptado
2	Barras de apoio nos corredores
3	Uso do corrimão
4	Rampas de acesso
5	Larguras das portas e corredores de circulação com medidas compatíveis com a circulação de usuários com cadeira de rodas e macas
6	Piso antiderrapante
7	Balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes
8	Piso tátil
9	Sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados
10	Caracteres em relevo, braille ou figuras em relevo (tátil)
11	Corredores adaptados para cadeira de rodas
12	Portas internas adaptadas para cadeira de rodas
13	Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção
14	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário
15	Recursos auditivos (sonoro)
16	Profissionais para acolhimento dessas pessoas

ANEXO D – Insumos em Quantidade Suficiente para o Desenvolvimento Regular das Ações de Saúde

INSUMOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE (PADRÃO 3.9)	
Nº	Descrição
Insumos para ações de saúde	
1	Abaixador de língua
2	Adaptador para coleta a vácuo
3	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos
4	Agulhas para a coleta a vácuo
5	Algodão
6	Almotolias
7	Ataduras de crepe
8	Baldes para solução desincrostante para instrumentos não descartáveis
9	Bandeja plástica perfurada
10	Caixa de isopor
11	Caixa térmica para a conservação dos imunobiológicos
12	Caixa térmica para a conservação das vacinas
13	CET lâmina (para malária) – só para os Estados com área endêmica
14	Coletor de urina (sistema)
15	Coletor universal para exames
16	Coletores para perfurocortantes
17	EPI (óculos protetores de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas de borracha cano longo, máscaras, capotes, aventais impermeável, gorros, botas ou sapatos fechados impermeáveis)
18	Equipos para soro (macro e microgotas)
19	Escova endocervical
20	Escova (expurgo)
21	Esparadrapo
22	Espátula de Ayres
23	Espéculos descartáveis (vários tamanhos)
24	Esponja (expurgo)
25	Fios para sutura (diferentes tamanhos) para a UBS
26	Fita adesiva
27	Fita micropore
28	Fita métrica
29	Fixador de lâmina (álcool/*spray* ou gotas)
30	Frasco plástico com tampa (coleta de fezes e urina)
31	Fita para glicosímetro
[illegible]	para esterilização
33	Fixador citológico
34	Garrote

Continuação

Continua...

35	Gazes

INSUMOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE (PADRÃO 3.9)	
Nº	Descrição
36	Jelco ou abocath
37	Gelo reciclável
38	Grade para suporte de tubos
39	*Kit* de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)
40	Lâmina de vidro com lado fosco
41	Lâminas de bisturi
42	Lancetas para punção digital
43	Lençol descartável
44	Luvas (procedimento e estéril)
45	Máscara de oxigênio
46	Máscara para nebulização e chicote
47	Papel-filtro
48	Papel grau cirúrgico ou outro da padronização
49	Papel-toalha
50	Recipiente plástico com tampa
51	Recipiente para acondicionamento de lâminas usadas
52	Sabão líquido
53	Saco plástico para lixo (branco, preto)
54	Scalp
55	Seringas descartáveis de diversos tamanhos
56	Seringas descartáveis com agulha acoplada para insulina
57	Sonda nasogástrica (diversos tamanhos)
58	Sonda vesical (diversos tamanhos)
59	Termômetro clínico
60	Termômetro com cabo extensor ou linear
61	Termômetro de máxima e mínima
62	Termômetro linear
63	Tubo para coleta de exame
Práticas Integrativas e Comunitárias	
64	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados
65	Copos de ventosa
66	Equipamento para eletroacupuntura
67	Esfera vegetal para acupuntura auricular
68	Esfera metálica para acupuntura auricular
69	Mapas de pontos de acupuntura
70	Moxa (carvão e/ou artemísia)

Continua...

Continuação

INSUMOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE (PADRÃO 3.9)	
Nº	Descrição
Insumos para atividade educativa e expediente UBS	
71	Álbuns seriados
72	Apontador
73	Blocos (vários tamanhos)
74	Borracha
75	Caixas (box, organizadora, outras)
76	Caderno
77	Caneta esferográfica (várias cores)
78	Caneta hidrocor
79	Carimbos e almofadas
80	Cartolina
81	Cartucho ou *toner*
82	*Clips*
83	Calculadora
84	CD e DVD
85	Cola
86	Dispenser
87	Envelopes (vários tamanhos)
88	Etiquetas
89	Extrator de grampo
90	Fichários de mesa
91	Fita adesiva
92	*Flip chart*
93	Guilhotina
94	Grampeador e grampos
95	Lápis
96	Livros (ata, registro, ponto e outros)
Continuação	cenário
98	Papel A4, ofício e outros

Continua...

99	Papel contínuo (formulário contínuo)
100	Pastas diversas (suspensa, com elástico, AZ, plástico, papelão, sanfonada, fichário, outras)
101	Percevejos
102	Perfurador
103	Pilhas (palito, média e grande) e/ou baterias
104	Pincel atômico (várias cores)
105	Pincel de quadro branco (várias cores)
106	Régua
107	Rolo de *flip chart*
108	Tesoura
109	Tintas para almofada de carimbo

Conclusão.

ANEXO E – Materiais e Insumos para os Agentes Comunitários de Saúde

MATERIAIS E INSUMOS PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PADRÃO 3.10)	
Nº	Descrição
1	Balança antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
2	Bicicleta
3	Boné
4	Borracha
5	Calçados fechados
6	Caneta
7	Colete ou camiseta
8	Crachá
9	Fichas de cadastro e acompanhamento (ficha A, ficha B, ficha C, ficha D e SSA2)
10	Lápis
11	Pasta ou mochila
12	Prancheta
13	Protetor solar
14	Régua

ANEXO F – Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde

MATERIAL IMPRESSO PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES EM SAÚDE (PADRÃO 3.12)	
Nº	Descrição
1	Agenda da mulher
2	Agenda da gestante
3	Bloco de atestado médico
4	Bloco de atestado de comparecimento
5	Bloco de requisição e remessa de exames
6	Bloco de receituário
7	Caderneta da gestante e da mulher
8	Caderneta de saúde da criança
9	Caderneta de saúde do adolescente
10	Caderneta de saúde da pessoa idosa
11	Cartão de vacinação
12	Cartão do pré-natal
13	Fichas SIAB (ficha A, B-GES, B–HA, B-DIA, B-TB, B-HAN, ficha C, ficha D, SSA2, PMA2)
14	Ficha de acompanhamento individual do Programa Nacional de Suplementação de Ferro
15	Ficha de consolidado mensal do acompanhamento do fornecimento de suplementos (Programa Nacional de Suplementação de Ferro)
16	Fichas do e-SUS (ficha de cadastro domiciliar, ficha de cadastro individual, ficha de atendimento individual, ficha de procedimento, ficha de atividade coletiva, ficha de visita domiciliar)
17	Fichas de notificação e investigação de agravos do SINAN
18	Formulário de cadastro individual e 1º acompanhamento nutricional
19	Formulário de marcadores de consumo alimentar para indivíduos menores de cinco anos
20	Formulário de marcadores de consumo alimentar para indivíduos a partir de cinco anos
21	Mapa diário de acompanhamento do SISVAN
22	Fichas de DST-HIV
23	Fichas de investigação e notificação
24	Fichas de referência e contrarreferência
25	Ficha de prontuário
26	Fichas de imunização
27	Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)
28	Ficha de atendimento pré-natal (programação do *tablet*: não abre para equipe que utiliza e-SUS)
29	Fichas (SIM, SINASC e SINAN)
30	Mapa diário de administração de vitamina A em crianças
31	Mapa municipal mensal de administração de vitamina A
32	Mapa de acompanhamento do Programa Bolsa-Família na Saúde
33	Outros impressos relevantes no município

ANEXO G – Insumos e Medicamentos para Urgência e Emergência

INSUMOS E MEDICAMENOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PADRÃO 3.13)	
Nº	Descrição
1	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos
2	Algodão
3	Ataduras de gaze
4	Cateter de oxigênio nasal
5	Coletor de urina (sistema fechado)
6	Coletores para materiais perfurocortantes
7	Equipos variados
8	Esparadrapo
9	EPI
10	Fios para sutura (diferentes tamanhos)
11	Fita micropore
12	Fitas para glicosímetro
13	Garrote
14	Gazes (estéril e não estéril)
15	Gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças
16	Lâminas de bisturi
17	Luvas (procedimento e estéril)
18	Papel-toalha
19	Pilhas descartáveis (palito, média e grande) e/ou baterias elétricas
20	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes
21	Sabão líquido
22	Scalp
23	Seringas com agulha acoplada
24	Seringas descartáveis de diversos tamanhos
25	Sondas (aspiração, oxigênio, nasogátrica, vesical) diversos tamanhos
Medicamentos	
26	Adrenalina/epinefrina
27	Água destilada
28	Aminofilina
29	Amiodarona
30	Atropina
31	Brometo de ipratrópio
32	Cloreto de potássio
33	Cloreto de sódio
34	Deslanosídeo

INSUMOS E MEDICAMENOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PADRÃO 3.13)	
Nº	Descrição
35	Dexametasona
36	Diazepam
37	Diclofenaco de sódio
38	Dipirona sódica
39	Dobutamina
40	Dopamina
41	Escopolamina (hioscina)
42	Fenitoína
43	Fenobarbital
44	Furosemida
45	Glicose
46	Haloperidol
47	Hidantoína
48	Hidrocortisona
49	Insulina
50	Isossorbida
51	Lidocaína
52	Meperidina
53	Midazolan
54	Soro ringer lactato, soro glicofisiológico, soro glicosado

ANEXO H – Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.15)	
Nº	Descrição
Agentes ceratolíticos	
1	Alcatrão mineral pomada 1%
2	Pasta d'água
3	Peróxido de benzoíla
Antissépticos, desinfetantes e esterilizantes	
4	Permanganato de potássio
Medicamentos analgésicos, antipiréticos e para alívio da enxaqueca	
5	Ácido acetilsalicílico
6	Cloridrato de amitriptilina
7	Dipirona sódica
8	Ibuprofeno
9	Paracetamol
Medicamentos anestésicos locais	
10	Cloridrato de lidocaína
Medicamentos antiácidos	
11	Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio
Medicamentos antianêmicos	
12	Ácido fólico
13	Cloridrato de hidroxocobalamina
14	Sulfato ferroso
Medicamentos antialérgicos e usados em anafilaxia	
15	Maleato de dexclorfeniramina
16	Loratadina
17	Cloridrato de prometazina
Medicamentos antiarrítmicos	
18	Cloridrato de amiodarona
19	Succinato de metoprolol
20	Cloridrato de propranolol
21	Cloridrato de propafenona
22	Cloridrato de verapamil
Medicamentos antiasmáticos	
23	Dipropionato de beclometasona
24	Brometo de ipratrópio
25	Prednisona
26	Fosfato sódico prednisolona
27	Sulfato de salbutamol

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.15)	
Medicamentos antibacterianos	
28	Amoxicilina
29	Amoxicilina + clavulanato de potássio
30	Azitromicina
31	Benzilpenicilina benzatina
32	Benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica
33	Cefalexina (sódica ou cloridrato)
34	Cloridrato de ciprofloxacino
35	Cetoconazol
36	Claritromicina
37	Cloranfenicol
38	Cloridrato de clindamicina
39	Estearato de eritromicina
40	Sulfato de gentamicina
41	Nitrofurantoína
42	Sulfametoxazol + trimetoprima
43	Sulfadiazina
44	Cloridrato de tetraciclina
Medicamentos anticoagulantes	
45	Varfarina sódica
Medicamentos anticonvulsivantes	
46	Carbamazepina
47	Clonazepam
48	Fenitoína sódica
49	Fenobarbital
Medicamentos antidepressivos	
50	Cloridrato de amitriptilina
51	Carbamazepina
52	Carbonato de lítio
53	Cloridrato de fluoxetina
54	Cloridrato de nortriptilina
55	Valproato de sódio ou Ácido valproico
Medicamentos antidiabéticos	
56	Glibenclamida
57	Gliclazida
58	Metformina
Medicamentos antieméticos	
59	Cloridrato de metoclopramida
Medicamentos antifúngicos	
60	Fluconazol
61	Itraconazol

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.15)	
62	Nitrato de miconazol
63	Nistatina
Medicamentos antiglaucomatosos	
64	Acetazolamida
65	Maleato de timolol
66	Cloridrato de pilocarpina
Medicamentos anti-hipertensivos	
67	Besilato de anlodipino
68	Atenolol
69	Captopril
70	Cloridrato de hidralazina
71	Espironolactona
72	Furosemida
73	Hidroclorotiazida
74	Cloridrato de propranolol
75	Cloridrato de verapamil
Medicamentos antiinflamatórios e tratamento da gota	
76	Alopurinol
77	Dexametasona
78	Acetato de hidrocortisona
79	Ibuprofeno
80	Fosfato sódico de prednisolona
Medicamentos antiparasitários	
81	Albendazol
82	Espiramicina
83	Ivermectina
84	Metronidazol
85	Teclozana
Medicamentos antiparkinson	
86	Levodopa + benzerazida
87	Levodopa + carbidopa
Medicamentos antipsicóticos	
88	Haloperidol
89	Cloridrato de biperideno
90	Cloridrato de clorpromazina
Medicamentos antisecretores	
91	Cloridrato de ranitidina
92	Omeprazol
Medicamentos antivirais	
93	Aciclovir

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.15)	
Medicamentos ansiolíticos e hipnossedativos	
94	Cloridrato de clomipramina
95	Diazepam
Medicamentos cardiopatia isquêmica	
96	Ácido acetilsalicílico
97	Besilato de anlodipino
98	Maleato de enalapril
99	Cloridrato de propranolol
100	Sinvastatina
101	Cloridrato de verapamil
Medicamentos contraceptivos hormonais	
102	Etinilestradiol + levonorgestrel
103	Levonorgestrel
104	Noretisterona
105	Acetato de medroxiprogesterona
106	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol
Medicamentos escabicida e pediculicida	
107	Permetrina
Medicamentos hipolipemiantes	
108	Sinvastatina
Medicamentos hormônios sexuais	
109	Estriol creme vaginal
110	Estrogênios conjugados
Medicamentos hormônios tireoidiano, medicamentos antitireoidianos	
111	Levotiroxina sódica
112	Propiltiouracila
Medicamentos insuficiência cardíaca	
113	Carvelidol
114	Digoxina
115	Maleato de enalapril
116	Espironolactona
117	Furosemida
118	Hidroclorotiazida
119	Losartana potássica
Medicamentos laxativos	
120	Glicerol
121	Sulfato de magnésio
Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção osteoporose	
122	Carbonato de cálcio + colecalciferol
123	Alendronato de sódio

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.15)	
Medicamentos substitutivo da lágrima	
124	Hipromelose
Polivitamínico	
125	Ácido fólico
126	Cloridrato de piridoxina
127	Tiamina
Preparação nasal	
128	Budesonida
129	Cloreto de sódio – solução nasal 0,9%
Substâncias minerais	
130	Carbonato de cálcio
131	Sais para reidratação oral
132	Sulfato ferroso
133	Sulfato de zinco
Vitaminas	
134	Ácido fólico
135	Cloridrato de hidroxocobalamina
136	Palmitato de retinol
Outros	
137	Óleo mineral
Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos da atenção básica	
138	Planta fresca
139	Planta seca (droga vegetal)
140	Planta manipulada
Industrializados	
141	Espinheira-santa
142	Guaco
143	Hortelã
144	Salgueiro
145	Babosa
146	Plantago
147	Alcachofra
148	Cáscara-sagrada
149	Aroeira
150	Garra-do-diabo
151	Isoflavona de soja
152	Unha-de-gato

ANEXO I – Infraestrutura e Equipamentos Odontológicos

INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS (Padrão 3.2)	
Nº	Descrição
Consultório odontológico	
1	Amalgamador
2	Aparelho de RX odontológico
3	Aparelho condicionador de ar
4	Armário vitrine
5	Autoclave
6	Bancada com pia
7	Bomba a vácuo
8	Cadeira odontológica completa (composta por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico)
9	Caixa sifonada com tampa em aço
10	Câmara escura (p/ aparelho de raios-X)
11	Compressor c/ válvula de segurança (isento de óleo)
12	*Kit* de canetas alta e baixa rotação
13	Filtro para a cadeira
14	Filtro para o compressor
15	Fotopolimerizador
16	Jato de bicarbonato
17	Lavatório com torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos
18	Lixeira com tampa e pedal
19	Mocho odontológico
20	Negatoscópio
21	Porta-rolo de papel-toalha
22	Seladora
23	Ultrassom odontológico
24	EPI (avental impermeável, luva de borracha cano longo, sapatos fechados impermeáveis e óculos protetores)
25	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes
Escovódromo	
26	Espelho
27	Lavatório c/ 3 ou 4 torneiras
28	Lixeira com tampa e pedal
29	Porta-dispensador de sabão líquido
30	Porta-rolo de papel-toalha

ANEXO J – Insumos Odontológicos

INSUMOS ODONTOLÓGICOS (PADRÃO 3.7)	
Nº	Descrição
1	Anestésico
2	Brocas maxicut e minicut
3	Brocas/fresas de alta e baixa rotação
4	Ceras (rosa e utilidade)
5	Cimento ionômero de vidro
6	Cimentos cirúrgicos
7	Cimentos de hidróxido de cálcio
8	Cimentos de óxido de zinco
9	Cunha de madeira
10	Discos de polimento
11	Eugenol
12	Escova de Robson
13	Flúor gel
14	Fio de sutura odontologia
15	Gazes (estéril e não estéril)
16	Gesso pedra
17	Gesso pedra especial tipo IV
18	Godiva de baixa fusão
19	Gorros descartáveis
20	Limalha de prata
21	Luvas (estéril e procedimento)
22	Material de moldagem (alginato)
23	Matriz de aço 5 e 7 mm
24	Mercúrio
25	Óculos de proteção
26	Papel carbono para articulação
27	Papel-toalha
28	Pasta zinco enólica
29	Pasta profilática
30	Placa de vidro
31	Pó de hidróxido de cálcio
32	Resina acrílica
33	Resinas fotopolimerizáveis
34	Rolo de algodão
35	Sabão líquido
36	Selantes
37	Sugadores descartáveis
38	Tiras de aço para acabamento

Continua...

Continuação

39	Vaselina sólida
40	Vaselina líquida
41	Verniz cavitário

Conclusão.

ANEXO K – Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde Bucal

MATERIAL IMPRESSO PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES EM SAÚDE (PADRÃO 3.8)	
Nº	Descrição
1	Ficha clínica odontológica (prontuário clínico)
2	Fichas do e-SUS (ficha de atendimento odontológico individual)
3	Atestado médico/atestado de comparecimento
4	Receituário
5	Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)
6	Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I)
7	Relatório PMA2 Complementar do SIAB
8	Fichas de requisição e encaminhamento para tomadas radiográficas receituário
9	Ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico
10	Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência

ANEXO L – Instrumentais Odontológicos

MATERIAL IMPRESSO PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES EM SAÚDE (PADRÃO 3.8)	
Nº	Descrição
1	Alavancas inox (adulto e infantil)
2	Alveolótomo
3	Aplicadores de hidróxido de cálcio
4	Bandejas de aço
5	Brunidores para restaurações de amálgama
6	Cabos para bisturi
7	Caixa com tampa em aço inox
8	Condensadores para restaurações de amálgama
9	Cânula para aspiração endodôntica
10	Curetas cirúrgicas
11	Curetas periodontais
12	Escavadores de dentina nº 5
13	Escavadores de dentina nº 11,5
14	Escavadores para pulpotomia
15	Esculpidores
16	Espátula de inserção de resina
17	Espátula para gesso e alginato
18	Espelho de mão
19	Fórceps (infantil)
20	Fórceps (adulto)
21	Gral de borracha
22	Limas endodônticas
23	Limas ósseas
24	Macroescova
25	Macromodelo
26	Moldeiras
27	Pedra de afiar curetas periodontais
28	Pinça clínica
29	Placa de vidro
30	Porta agulha
31	Porta amálgama
32	Porta-matriz
33	Seringa Carpule
34	Sindesmótomo
35	Sonda exploradora
36	Sonda milimetrada
37	Sugador cirúrgico

Continua...

Continuação

38	Tesouras cirúrgicas

Conclusão.

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

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