

CADERNO DE BOAS PRÁTICAS PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA

**Critérios, padrões e indicadores,
utilizados pelo Sistema QualiAB 2016**

SISTEMA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO QUALIAB

**CADERNO DE BOAS PRÁTICAS
PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS
DE ATENÇÃO BÁSICA**

**Critérios, padrões e indicadores,
utilizados pelo Sistema QualiAB 2016**



www.abasica.fmb.unesp.br

BOTUCATU – SP, 2016



CADERNO DE BOAS PRÁTICAS PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA

**Critérios, padrões e indicadores de avaliação
utilizados pelo Sistema QualiAB**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica :
Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB [recurso eletrônico]
/ Organização e autoria Elen Rose Lodeiro Castanheira ... [et al.]. - Botucatu :
UNESP-FM, 2016
ePUB

Disponível em: www.abasica.fmb.unesp.br

ISBN: 978-85-65318-34-1

1. Atenção básica. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação de serviços de
saúde. 4. Avaliação de processos (Cuidados de saúde). 5. Organização e adminis-
tração. 6. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 7. Políticas públicas. 8.
Questionários. 9. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Facul-
dade de Medicina de Botucatu. I. Título.

CDD 614.0981

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-65318-34-1



9 788565 318341

Organização: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Autoria (Equipe QualiAB)

Elen Rose Lodeiro Castanheira (Coordenadora) – FMB/UNESP

Adriano Dias – FMB/UNESP

Carolina Siqueira Mendonça – FMB/UNESP

Dinair Ferreira Machado – FMB/UNESP

José Fernando Casquel Monti – UFSCAR

Josiane Fernandes Lozigia Carrapato – FMB/UNESP

Luceime Olívia Nunes – FMB/UNESP

Maria Ines Battistella Nemes – FMUSP

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves – Instituto de Saúde Coletiva, UFMA

Mariana Arantes Nasser – FMUSP

Marta Campagnoni Andrade – FCM Santa Casa

Nadia Placideli – FMB/UNESP

Patrícia Rodrigues Sanine – FMB/UNESP

Regina Melchior – Departamento de Saúde Coletiva/CCS/UEL

Ruth Terezinha Kehrig – Instituto de Saúde Coletiva, UFMT

Thais Fernanda Tortorelli Zarili – FMB/UNESP

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho – EAPSUS/ FEPECS - SES/DF

Revisão Técnica

Elen Rose Lodeiro Castanheira – FMB/UNESP

Carolina Siqueira Mendonça – FMB/UNESP

Josiane Fernandes Lozigia Carrapato – FMB/UNESP

Luceime Olívia Nunes – FMB/UNESP

Nadia Placideli – FMB/UNESP

Patrícia Rodrigues Sanine – FMB/UNESP

Thais Fernanda Tortorelli Zarili – FMB/UNESP

Mariana Arantes Nasser – FMUSP

Responsáveis técnicos (TI) pelo Sistema QualiAB on line

Marcos José Sierra

Sandro Augusto Servilha Coquemala

Colaboração

Ana Maroso Alves – FMUSP

Ana Paula Loch – FMUSP

Maria Althenfelder Santos – FMUSP

Valdemar Pereira de Pinho – FMB/UNESP

Diagramação: Adriana Ribeiro

Revisão: Angela Guimarães Castello Branco

Apoio e financiamento:

CNPq (Processo Nº 485.848/2012-0)

FAPESP – PPSUS

Projeto QualiRede PROADI SUS/ FMUSP

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

O Sistema de Avaliação e Monitoramento da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QUALIAB

I. Apresentação – o que é o sistema “QUALIAB”	8
II. Qual a “qualidade” avaliada?	9
III. Como participar do sistema QUALIAB	10
IV. Estrutura do questionário	11
V. Como são definidos os escores de qualidade	12
VI. Análise global dos resultados	15
VII. Análises por dimensões selecionadas	16
VII.1 dimensão saúde sexual e reprodutiva	16
VIII. Resultados e relatórios	18
IX. Relação de indicadores por dimensão	20
IX.1. Indicadores utilizados na avaliação global do serviço	20
IX.2. Indicadores utilizados na avaliação dimensão saúde sexual e reprodutiva	24
X. Limites do sistema QUALIAB	25
XI. Referências	25

CAPÍTULO 2

Critérios e padrões de avaliação da qualidade organizacional de serviços de atenção básica – QUALIAB 2016

I. Dimensão: gestão e gerenciamento local	28
II. Dimensão: gestão da atenção à saúde	59

ANEXOS

Questionário QUALIAB 2016	128
Relação de indicadores de saúde sexual e reprodutiva	173



**O SISTEMA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO
DA QUALIDADE DE SERVIÇOS
DE ATENÇÃO BÁSICA
- QUALIAB**

I. APRESENTAÇÃO – O QUE É O SISTEMA “QUALIAB”

Nos últimos anos, as políticas públicas voltadas para o aprimoramento da Atenção Básica têm ampliado e efetivado o acesso, a extensão da rede de serviços e sua progressiva importância no conjunto de ações de atenção à saúde em todo o país, avançando no processo de universalização dos serviços.

Entretanto, a heterogeneidade das configurações institucionais, as diferentes modelagens organizacionais já implementadas nos serviços das várias regiões e municípios brasileiros, e a necessidade de aprimoramento de um projeto público de saúde com abrangência universal, mantêm a melhoria da qualidade das ações e serviços como um grande desafio, para o qual a avaliação representa uma potente estratégia.

Visando atender todos os tipos de serviços da Atenção Básica, apresentamos, a seguir, o Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB, cuja abordagem considera todas as configurações de serviços existentes, incluindo os organizados como Estratégia de Saúde da Família, como Unidade Básica de Saúde, e por outros diferentes arranjos.

O Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB foi desenvolvido e validado entre 2006/2007, em 3 Regionais de Saúde do Estado de SP (PPSUS), e foi aplicado novamente em 2010, em parceria com a SES SP (2.735 serviços). Foi atualizado e validado em amostra nacional por projeto financiado pelo CNPq, concluído em janeiro de 2016 (ZARILI, 2015; CASTANHEIRA et al., 2014; 2011).

O sistema é constituído por um questionário eletrônico de autorresposta, com 115 questões, dirigido às equipes dos serviços de Atenção Básica, e por esse Caderno de Boas Práticas para organização dos serviços de Atenção Básica, onde explicitamos os critérios e padrões de qualidade adotados na avaliação.

A avaliação proposta tem por finalidade favorecer o debate sobre os processos de trabalho instituídos em cada local, de modo a permitir tanto a identificação de qualidades como de obstáculos a superar, assim como uma reflexão crítica sobre os padrões de qualidade adotados, de modo a incrementar a qualidade dos serviços de Atenção Básica, bem como do próprio sistema de avaliação.

O QualiAB procura se somar às políticas de avaliação e monitoramento que vêm sendo implementadas no Sistema Único de Saúde, representando um recurso adicional para melhoria da qualidade. A adesão ao sistema é voluntária e não está vinculada a nenhum tipo de incentivo material.

II. QUAL A “QUALIDADE” AVALIADA?

A qualidade dos serviços de atenção primária à saúde está relacionada a determinantes variados e complexos. Um importante enfoque para avaliação da qualidade é a abordagem do modo como as ações estão organizadas, pois incide na atenção oferecida aos usuários e está mais diretamente sob governabilidade das equipes locais de saúde e da gestão municipal, ainda que seja interdependente dos demais determinantes e níveis de atenção.

A abordagem desenvolvida pela equipe QualiAB toma a organização do trabalho como foco central de avaliação dos serviços de atenção básica, propondo indicadores de qualidade que apontem: quais as ações realizadas, como são operadas e quanto se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes postas para a Atenção Básica pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

O instrumento define um conjunto de indicadores de processo e, secundariamente, de estrutura, que procuram abarcar as diferentes etapas de promoção, prevenção e assistência do conjunto de atividades e programas sob responsabilidade da Atenção Básica.

É dado maior peso aos indicadores de processo, de modo a instrumentalizar discussões sobre a organização das ações realizadas na unidade e que dependem, fundamentalmente, da atuação dos agentes que lá trabalham. Baseia-se em estudos que demonstram a importância de variáveis de processo como bons preditores dos resultados esperados (DONABEDIAN, 1969), e nos trabalhos pregressos que apontam a capacidade de discriminação do instrumento QualiAB e a validade de seu construto de qualidade (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011).

Para construção dos indicadores, toma por referência: a Política Nacional de Atenção Básica/SUS (BRASIL, 2012; 2006), a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e publicações científicas do campo da Atenção Primária em Saúde. Tem como base teórica a teoria do processo de trabalho em saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; MENDES-GONÇALVES, 1994), em composição com referências do campo da avaliação de serviços (DONABEDIAN, 1997; 1988; AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Tomar a organização do processo de trabalho como núcleo com especial importância para a qualificação da Atenção Básica, não significa deixar de reconhecer os limites desse recorte dada a interdependência das condições materiais e político-institucionais externas a esse processo, mas **aposta na capacidade do trabalho para transformá-las**, nos limites concretos de sua potencialidade.

III. COMO PARTICIPAR DO SISTEMA QUALIAB

Conforme a avaliação pelo Sistema QualiAB seja previamente pactuada, será definido e divulgado um período para adesão dos municípios e resposta pelas unidades.

A adesão dos municípios é voluntária. Para participar do processo de avaliação, o gestor municipal de saúde deve aderir ao sistema (www.abasica.fmb.unesp.br), a partir da assinatura online de um termo de adesão, onde assume o compromisso de que as informações contidas no questionário não prejudicam o trabalho ou a inserção de qualquer profissional no serviço. Ao aderir, o gestor municipal deverá conferir e atualizar o nome das unidades básicas em funcionamento, que estarão previamente listadas por município segundo dados do CNES.

A partir da adesão do gestor municipal, o gerente ou coordenador local de cada unidade básica de saúde é responsável por cadastrar-se e ter acesso ao questionário por meio de um usuário e senha individual, definida ao final do cadastro pelo próprio usuário (Deve-se cadastrar um único usuário por unidade de saúde). Embora o acesso esteja centralizado no responsável local, **o envolvimento do conjunto da equipe é essencial para que o processo avaliativo cumpra com seu objetivo** enquanto instrumento de reflexão sobre o trabalho.

As respostas ao questionário podem ser salvas uma a uma ou em blocos, sem que seja necessário que o questionário esteja completamente respondido. A finalização e envio só será possível quando todas as questões estiverem respondidas e salvas.

Outras dúvidas poderão ser esclarecidas a partir do acesso ao manual de preenchimento, que permanecerá online, além da possibilidade de contato para eventuais dúvidas ou problemas com o sistema por meio do ícone “Contato”.

Ao finalizar o questionário, o sistema fornecerá imediatamente os resultados para a unidade respondente. Ao final do período estipulado para avaliação, o gestor municipal receberá o banco de dados com as respostas de todas as unidades participantes de seu município. Os gestores estadual e federal terão acesso a bancos consolidados por Região de Saúde.

Os responsáveis pelo gerenciamento do sistema QualiAB assumem o compromisso de que os nomes dos profissionais, dos serviços ou dos municípios participantes não serão divulgados de nenhum modo em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga.

IV. ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

O questionário *online* é composto por 115 questões: 86 são de múltipla escolha, 23 de escolha única, 05 de preenchimento numérico, e a 115ª questão, aberta ao final, que solicita sugestões e críticas dos respondentes acerca do instrumento. Versão completa para impressão encontra-se disponível no site para consulta e impressão, a partir da adesão ao sistema. As questões estão reunidas em blocos sequenciais que abordam uma mesma temática.

- I. Identificação e características gerais do serviço (15 questões)**
- II. Estrutura física, procedimentos e insumos básicos (8 questões)**
- III. Organização da atenção à saúde (72 questões)**
 - III. 1. Promoção, prevenção e educação em saúde (4)**
 - III. 2. Organização da assistência (4)**
 - III. 3. Saúde da Mulher (19)**
 - III. 4. Saúde da Criança e do Adolescente (10)**
 - III. 5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa (14)**
 - III. 6. Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social (18)**
 - III. 7. Saúde Bucal (3)**
- IV. Gestão e gerenciamento local (20 questões)**
 - IV.1. Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde (8)**
 - IV.2. Características do Processo Gerencial (12)**

A organização sequencial das questões em blocos temáticos procura facilitar o preenchimento reunindo atividades afins. O conjunto das respostas permite uma descrição geral da organização do serviço em suas diversas frentes de atuação. As alternativas de cada questão procuram dar conta da diversidade de ações possíveis a cada conjunto temático e cobrir a heterogeneidade dos serviços.

V. COMO SÃO DEFINIDOS OS ESCORES DE QUALIDADE

Das 115 questões, 26 não são pontuadas, ou seja, caracterizam o contexto de atuação dos serviços e não compõem o escore final de cada unidade.

Questões não pontuadas

São constituídas por dois tipos de questões:

- as que abordam aspectos que descrevem a unidade, como: características institucionais, inserção geográfica, composição das equipes; e questões opinativas, como: a identificação de obstáculos à qualidade ou, ao final, a avaliação do questionário que está sendo aplicado;
- as relacionadas: às atividades gerais da equipe, ao acesso à rede de serviços e aos sistemas de informação, e aos programas que não são desenvolvidos em todas as unidades. Ainda que sejam aspectos que podem qualificar a atenção realizada, dependem, centralmente, de outros níveis de gestão e/ou referem-se à execução de ações não implantadas no conjunto dos serviços de Atenção Básica.

Questões pontuadas – Indicadores de qualidade

As 89 questões pontuadas são aquelas que definem os indicadores de qualidade organizacional considerados na presente avaliação. Geram *101 indicadores de qualidade*, pois há questões que definem mais de um indicador.

O sistema atribui, para cada indicador, três níveis de avaliação, representados pelas pontuações: 2 (padrão esperado), 1 (aceitável) e 0 (não desejável).

As questões podem ser de resposta única ou múltipla.

Questões de resposta única (permitem assinalar apenas uma alternativa)

A seguir, um exemplo de questão pontuada que permite assinalar uma única alternativa como resposta. Nesse caso, o escore é atribuído a cada alternativa, excludentes entre si.

Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo) - 0*
- 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré-natal, se for o caso - 1*
- 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré-natal ou encaminha para cuidados preconcepcionais ou contracepção, a depender do caso - 1*
- 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários - 2*
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame - 0*
- 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade - 0*

Questões de múltipla escolha (permitem assinalar mais de uma alternativa)

São questões que definem indicadores compostos pela integração das várias alternativas. O escore de cada questão é calculado a partir da soma dos pontos atribuídos para cada variável assinalada, considerando como escore final:

- 2 - padrão esperado** para aqueles que obtiverem uma pontuação >75% do total;
- 1 - padrão aceitável** para aqueles que obtiverem uma pontuação $\geq 25\%$ e $\leq 75\%$, e
- 0 - padrão insuficiente** para aqueles que obtiverem uma pontuação <25%.

A distribuição interna de valores entre as alternativas também varia entre 0, 1 e 2, atribuindo-se o valor máximo não apenas pela importância do item, mas, também, por sua capacidade de discriminação. É atribuído o valor 1 para itens já incorporados na maior parte dos serviços, sem que isso represente uma menor importância, mas, sim, que não representam um aspecto diferencial de qualidade. Por exemplo:

As ações planejadas e desenvolvidas com **regularidade**
para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros) - **2**
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais) - **2**
- 3) Prevenção de quedas - **1**
- 4) Incentivo e orientação à prática corporal e atividade física - **1**
- 5) Orientação sobre alimentação - **1**
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids - **2**
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa - **1**
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária - **1**
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência - **2**
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas - **2**
- 11) Investigação do suporte familiar e social - **2**
- 12) Atenção domiciliar - **1**
- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - **1**
- 14) Outros - especifique: _____ - **0**
- 15) Não existem atividades específicas para idosos - **0**

Pontuação = 19

> 75% (14,25) = 2

≤ 75% (14,25) e ≥ 25% (4,75) = 1

< 25% (4,75) = 0

A pontuação final atribuída ao serviço resulta da média da pontuação dos 101 indicadores e representa o grau de qualidade organizacional alcançado em relação ao padrão esperado ou “padrão ouro”, correspondente à média 2 (100%). Por exemplo, uma média final 1,5 equivale a 75% do padrão esperado.

VI. ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS

Para a avaliação global das UBS, os 101 indicadores priorizados podem ser reunidos em duas dimensões de análise (Quadro 1):

- **Gestão e Gerenciamento Local**, com três domínios e um total de 38 indicadores.
- **Gestão da Atenção à Saúde**, com três domínios e um total de 63 indicadores.

Quadro 1. Dimensões de Análise, Domínios e Subdomínios, com número de indicadores correspondentes a cada uma. QualiAB 2016.

DIMENSÃO (nº indicadores)	DOMÍNIO (nº indicadores)	SUBDOMÍNIO	QUESTÕES*
GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL (38 indicadores)	Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos (12)	—	16, 17,18,19,20,22 (22.1-22.6), 23
	Informação, Planejamento e Avaliação (6)	---	97, 98,99,100,101, 103
	Coordenação do Trabalho (20)	Gestão da Unidade	105,106,107,108, 111, 112
		Qualificação profissional	109 (109.1 – 109.9)
Organização do Fluxo Assistencial		21, 28, 29, 30, 31	
GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (63 indicadores)	Educação em Saúde (4)	---	24, 25, 26, 27
	Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social (15)	---	75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91
	Seguimento Programático (44)	Saúde da Mulher	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43,44, 45, 46,47,48, 49, 50
		Saúde da Criança e do Adolescente	51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60
		Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa	61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73
		Saúde Bucal	93, 94, 95

* Conforme número das questões no questionário QualiAB 2016.

VII. ANÁLISES POR DIMENSÕES SELECIONADAS

O instrumento permite desenvolver outros agrupamentos, a partir do banco de dados do conjunto das unidades respondentes de cada município, ou região, conforme a necessidade do serviço ou da gestão.

É possível fazer recortes específicos e eleger indicadores para análise de áreas temáticas, como saúde da criança (SANINE, 2014), ou outros recortes de interesse, como a integração com a rede de serviços ou a atenção a condições de violência, entre outros.

No sistema QualiAB 2016, foi privilegiada a análise da qualidade organizacional da Saúde Sexual e Reprodutiva, tomando por base o trabalho de Nasser (2015). Essa específica dimensão representa um recorte de grande importância para a atenção primária, especialmente, para a ordenação da rede de atenção em DST/HIV, aids e hepatites virais.

VII.1. DIMENSÃO SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A análise da dimensão Saúde Sexual e Reprodutiva é realizada a partir da recomposição de indicadores, aqui constituídos por alternativas selecionadas de questões relacionadas a essa dimensão e por diferentes composições entre as alternativas indicadas por “e”, “ou”, definindo um total de 176 indicadores, conforme apresentado no Quadro 2. Nesse específico recorte, o escore é calculado por pontuação binária, onde ‘sim’ corresponde a 1 (um) e ‘não’ corresponde a 0 (zero), em relação a cada alternativa ou composição de alternativas.

Quadro 2. Dimensão Saúde sexual e reprodutiva. Domínios e Subdomínios, com número de indicadores correspondentes a cada uma. QualiAB 2016.

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva	DOMÍNIO	SUBDOMÍNIO (Nº de indicadores)	QUESTÕES*
	Promoção à saúde sexual e reprodutiva	Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede (11)	24.5; 25.1; 25.3; 25.4; 25.5; 25.6; 27.1; 27.3; 27.4; 27.6; 54.12
		Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para a superação (30)	24.6; 24.7; 26.10; 26.11; 49.1 ou 49.4 ou 49.5; (50.4 ou 50.5 ou 50.6) e 50.3; 54.13; 56.9; 57.3; 57.4; 59.1 ou 59.2 ou 59.6 ou 59.7 ou 59.8; 60.3 e 60.5 e 60.6 e 60.7 e 60.8; 68.7; 68.8; 69.7; 69.10; 69.11; 70.1 ou 70.5 ou 70.6 ou 70.7 ou 70.8; 71.4 e 71.5 e 71.6 e 71.7 e 71.8; 72.2; 73.7; 73.8; 73.12; 85.6; 85.7; 85.9 e 85.12; 86.10; (88.3 e 88.8 e 88.9) e (88.10 ou 88.11); (89.3 e 89.8 e 89.9) e (89.10 ou 89.11); 90.11
		Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução (7)	26.7; 51.11; 56.1; 68.3; 68.4; 69.6; 85.8
	Prevenção e assistência às DST/aids e hepatites virais	Prevenção e diagnóstico das DST/aids e hepatites virais (33)	18.10; 19.2; 19.19; 20.4; 20.5; 20.6; 24.8; 26.1; 26.2; 32.2; 32.4; 33.4; COLUNA1 (39.7 e 39.8 e 39.11 e 39.12 e 39.16) e COLUNA 3 (39.7 e 39.8 e 39.11 e 39.12); 57.1; 57.7; 61.7; 68.2; 76.1; 76.2; 76.3; 76.4; 76.5; 76.6; 76.7; 76.8; 77.2; 83.4; 88.13; 89.13
		Tratamento, parceria com outros serviços de apoio aos pacientes com DST/aids e hepatites virais (27)	18.9; COLUNA1 (22.1); 32.5; 44.1; 45.3; 61.14; 68.2; 78.1; 78.2; 78.3; 78.4; 78.5; 78.6; 78.7; 78.8; 78.10; 80.4; 80.5; 80.6; 80.7; 81.1; 81.2; 81.3; 81.4; 82.5; 82.6; 82.7
		Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção (20)	21.3; 31.10; 31.11; 31.12; 31.8; 48.2; 75.1; 75.2; 75.3; 75.4; 75.5; 79.2; 79.3; 79.4; 80.2; 80.3; 82.2; 82.3; 97.6; 97.7
	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo (18)	23.1; 23.2; 23.3; 23.4; 23.5; 23.6; 23.7; 23.8; 24.2; 26.4; 32.3; 36.3; 36.4; 46.9; 47.5; 56.4; 57.2; 68.6
		Atenção ao pré-natal e puerpério (22)	20.3; 31.1; 31.2; 32.1; 37.1; 38.1 e 38.2 e 38.3 e 38.4; COLUNA1 (39.1 e 39.2 e 39.3 e 39.5 e 39.6 e 39.10 e 39.13 e 39.15) e COLUNA2 (39.6) e COLUNA3 (39.1 e 39.2 e 39.3 e 39.6 e 39.10 e 39.13); 40.1 e 40.2 e 40.3 e 40.4 e 40.5 e 40.6 e 40.7 e 40.9 e 40.10 e 40.12 e 38.5; 42.4; 42.5; 42.6; 43.2; 46.5; 46.10; 46.11; 46.1 e 46.2 e 46.3 e 46.4 e 46.6 e 46.7 e 46.8; 47.1 e 47.2 e 47.3 e 47.4; 47.6; 47.7; 56.5; 68.5; 93.1
		Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade (8)	32.7; 32.8; 34.1 e 34.2 e 34.3 e 34.4 e 34.5; 35.2 e 35.4; 61.6; 68.9; 68.11; 68.12

* Conforme número das questões e alternativas selecionadas, QualiAB 2016.

VIII. RESULTADOS E RELATÓRIOS

Ao finalizar o questionário, o sistema fornecerá relatórios com sínteses das dimensões avaliadas, para acesso *on line*, com a consolidação de informações de acordo com o nível de gestão.

A média obtida pela unidade corresponde ao percentual do padrão de qualidade alcançado (entre 0 e 100%), segundo os padrões adotados. Além do acesso ao presente manual como um todo, é possível o acesso direto *on line* ao padrão e às recomendações relativas a cada questão, ou conjunto de questões.

Ao final do período estipulado, o gestor municipal receberá o banco de dados correspondente às respostas de todas as unidades participantes de seu município. Os gestores estadual e federal poderão ter acesso a bancos consolidados por município, estado e por região de saúde.

PARA A UNIDADE DE SAÚDE, AO FINALIZAR O QUESTIONÁRIO

1. Pontuação média final (entre 0 e 2) e porcentagem do padrão esperado (entre 0 e 100%).
2. Relação das questões separadas por pontuação – 0, 1 ou 2, *com link para as recomendações do Caderno de Boas Práticas* para cada uma.
3. Impressão do questionário em pdf com as respostas assinaladas pela unidade.
4. **Relatório Geral** – Média obtida para cada uma das duas grandes dimensões de análise (Gestão e Gerenciamento Local e Gestão da Atenção à Saúde), dos 6 domínios e dos 6 subdomínios (Quadro 1) – com a proporção atingida em cada domínio e subdomínio em relação ao esperado.
5. **Relatório Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)** – desempenho segundo domínios e subdomínios (Quadro 2).
6. Banco da unidade em Excel: planilha com banco de dados

PARA O GESTOR MUNICIPAL, AO TÉRMINO DA RESPOSTA DAS UNIDADES

1. Pontuação final e porcentagem do padrão esperado de **cada serviço**.
2. Média obtida **por serviço** para cada uma das dimensões de análise (Gestão e Gerenciamento Local e Gestão da Atenção à Saúde), dos 6 domínios e dos 6 subdomínios.
3. Média do **conjunto dos serviços**, das duas grandes dimensões de análise (Gestão e Gerenciamento Local e Gestão da Atenção à Saúde), dos 6 domínios e dos 6 subdomínios do **conjunto de serviços**.
4. **Relatório SSR** – planilha em Excel com o desempenho por domínios e subdomínios de todas as unidades **por serviço**.
5. **Relatório SSR** – planilha em Excel com o desempenho por domínios e subdomínios de todas as unidades do **conjunto de serviços**.
6. Banco do **conjunto dos serviços** em Excel.

PARA O GESTOR ESTADUAL

1. Média do **conjunto dos serviços**, das duas grandes dimensões (Gestão e gerenciamento local e Gestão da Atenção à Saúde), dos 6 domínios e dos 6 subdomínios do **conjunto de serviços por município**.
2. Média do **conjunto dos serviços**, das duas grandes dimensões (Gestão e gerenciamento local e Gestão da Atenção à Saúde), dos 6 domínios e dos 6 subdomínios do **conjunto de serviços por Região de Saúde**.
3. **Relatório SSR** – planilha em Excel com o desempenho por domínios e subdomínios de todas as unidades do conjunto de serviços **por município**.
4. **Relatório SSR** – planilha em Excel com o desempenho por domínios e subdomínios de todas as unidades do conjunto de serviços **por Região de Saúde**.
5. Banco de dados com a distribuição das unidades por município e Região de Saúde em Excel.

IX. RELAÇÃO DE INDICADORES POR DIMENSÃO

IX.1. INDICADORES UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO GLOBAL DO SERVIÇO

A aglutinação de indicadores em dimensões de análise, domínios e subdomínios, conforme detalhado nos Quadros 3 e 4, possibilita identificar diferenças de desempenho dos serviços por áreas, programas e/ou temáticas, dentro de uma proposta de avaliação global da Unidade Básica no conjunto complexo e diversificado de suas frentes de atuação.

Quadro 3. Indicadores de Gestão e Gerenciamento Local. QualiAB 2016.

DOMÍNIO (Nº Indicadores)	QUESTÃO	INDICADORES
Recursos materiais, Procedimentos e Insumos Básicos (12)	16	Estrutura Física e instalações
	17	Equipamentos e recursos de apoio à assistência
	18	Procedimentos de rotina realizados na unidade
	19	Vacinas aplicadas de rotina
	20	Exames feitos e/ou colhidos na unidade
	22.1	Disponibilidade de medicamentos para DST
	22.2	Disponibilidade de medicamentos para diabetes tipo II
	22.3	Disponibilidade de medicamentos para hipertensão arterial
	22.4	Disponibilidade de medicamentos para dislipidemias
	22.5	Disponibilidade de antibióticos mais utilizados
	22.6	Disponibilidade de psicofármacos
	23	Disponibilidade de métodos contraceptivos
Informação, Planejamento e Avaliação (6)	97	Dados registrados de rotina
	98	Utilização dos dados da produção assistencial
	99	Estratégias de planejamento local
	100	Definição da área de abrangência
	101	Estratégias de reconhecimento das necessidades locais de saúde
	103	Ações desencadeadas por processos de avaliação
Coordenação do Trabalho: Gestão da Unidade (5)	105	Carga horária do gerente ou responsável local
	106	Mecanismos de integração da unidade com o nível central
	107	Periodicidade das reuniões de equipe
	108	Temas abordados nas reuniões de equipe
	111	Estratégias para participação popular na gestão da unidade
	112	Diversidade de dispositivos para reclamações dos usuários
Coordenação do Trabalho: Qualificação profissional (10)	109.1	Estratégias de formação para médicos no último ano
	109.2	Estratégias de formação para Enfermeiros no último ano
	109.3	Estratégias de formação para Dentistas no último ano
	109.4	Estratégias de formação para Farmacêutico no último ano
	109.5	Estratégias de formação para Auxiliar/ Técnico de Enfermagem no último ano
	109.6	Estratégias de formação para Auxiliar/Técnico de Higiene Dental no último ano
	109.7	Estratégias de formação para Auxiliares de farmácia no último ano
	109.8	Estratégias de formação para Agentes Comunitários no último ano
	109.9	Estratégias de formação para Profissionais Administrativos no último ano
Coordenação do Trabalho: Organização do fluxo assistencial (5)	21	Presteza na avaliação dos resultados de exame
	28	Estratégias de agendamento da consulta médica
	29	Fluxo de atendimento à demanda espontânea
	30	Diversidade da oferta assistencial para demanda espontânea
	31	Grupos prioritários para Convocação de faltosos

Quadro 4. Indicadores de Gestão da Atenção à Saúde. QualiAB 2016.

DOMÍNIO (Nº Indicadores)	QUESTÕES	INDICADORES
Educação em Saúde (4)	24	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na comunidade
	25	Estratégias de educação em saúde na comunidade
	26	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na unidade
	27	Estratégias de educação em saúde na unidade
Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social (15)	75	Ações de vigilância em casos de Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória
	76	Público-alvo das ações de prevenção de DST e AIDS
	77	Critério para dispensação de preservativos masculinos
	78	Ações em casos sugestivos de DST/aids
	79	Ações em casos negativos para HIV e hepatites B e C
	80	Ações em casos positivos para HIV e hepatites B e C
	82	Ações em casos positivos para sífilis
	83	Ações em casos suspeitos ou confirmados para tuberculose
	85	Ações na atenção a pessoas com deficiência
	86	Ações na atenção à saúde do trabalhador
	87	Ações em caso de acidentes de trabalho com material biológico
	88	Ações em casos de uso abusivo de álcool
	89	Ações em casos de uso abusivo de outras drogas exceto álcool
	90	Ações na atenção às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental
	91	Controle do uso crônico de benzodiazepínicos
Saúde da Mulher (18)	32	Ações de atenção à saúde da mulher
	33	Critérios para coleta de Papanicolaou
	34	Estratégias de estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama
	35	Critérios de solicitação de mamografia para rastreamento de Ca de mama
	36	Comunicação do resultado do teste de gravidez
	37	Proporção de gestantes com Início do Pré-natal no primeiro trimestre
	38	Rotinas de seguimento do Pré-natal de baixo risco
	39	Exames solicitados no Pré-natal de baixo risco
	40	Ações de rotina no Pré-natal
	42	Estratégias de educação em saúde para gestantes
	43	Ações nos casos de gestação de alto risco
	44	Estratégias para o tratamento de gestantes com sífilis
	45	Pré-natal de gestantes com HIV
	46	Ações desenvolvidas no puerpério imediato
	47	Ações desenvolvidas no puerpério tardio
	48	Casos de sífilis congênita nos últimos três anos
	49	Estratégias para detecção de situações de violência contra a mulher
	50	Ações em casos de mulheres em situação de violência

continua

Quadro 4. continuação

DOMÍNIO (Nº Indicadores)	QUESTÕES	INDICADORES
Saúde da Criança e do Adolescente (10)	51	Ações na atenção à criança
	52	Rotina do seguimento programático na atenção à criança
	53	Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido
	54	Ações desenvolvidas em instituições para crianças
	55	Diversidade de espaços na comunidade para atenção à criança
	56	Ações na atenção ao adolescente
	57	Diversidade de temas abordados na comunidade para atenção ao adolescente
	58	Diversidade de locais para ações de atenção ao adolescente
	59	Estratégias para detecção de violência contra crianças e adolescentes
	60	Ações em casos de crianças e adolescentes em situação de violência
Saúde do adulto e da pessoa idosa (13)	61	Ações na atenção aos adultos
	62	Ações de rotina para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis
	63	Estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
	64	Atenção programada para pessoas com hipertensão arterial
	65	Exames de rotina para pessoas com hipertensão arterial
	66	Atenção programada para pessoas com diabetes tipo II
	67	Exames de rotina para pessoas com diabetes tipo II
	68	Ações programadas para a saúde do homem
	69	Ações na atenção aos idosos.
	70	Estratégias para detecção de violência contra idosos
	71	Ações em casos de idosos em situação de violência
	72	Ações de suporte aos cuidadores de idosos e/ou acamados
	73	Ações para o cuidado de pessoas acamadas
Saúde Bucal (03)	93	Público-alvo da assistência odontológica
	94	Ações da equipe de saúde bucal
	95	Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal

IX.2. INDICADORES UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DIMENSÃO SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os 176 indicadores estão divididos em três domínios, conforme descrito abaixo e apresentado no Quadro 2. A listagem completa dos indicadores encontra-se disponível em Anexo e também no site do sistema.

Promoção à Saúde Sexual e Reprodutiva: Reúne 48 indicadores relacionados ao bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução, por meio de: educação em saúde, empoderamento individual, participação comunitária, atividades intersetoriais. Orientação pelas perspectivas de direitos humanos, vulnerabilidade, direitos sexuais e reprodutivos e gênero. Os indicadores estão agregados em três subdomínios: educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede; investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para a superação; e abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução.

Prevenção e assistência às DST/Aids e Hepatites Virais: Reúne 80 indicadores relacionados à prevenção, diagnóstico das DST/aids e hepatites virais, cuidado e apoio a indivíduos portadores, considerando: o conceito de vulnerabilidade em seus aspectos individuais, sociais e programáticos, a articulação com outros serviços e setores, a importância de estratégias para a adesão e as contribuições das atividades de informação e vigilância em saúde. Os indicadores estão agregados em três subdomínios: prevenção e diagnóstico das DST/Aids e Hepatites Virais; tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/Aids e Hepatites Virais; e vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção das DST/Aids e Hepatites Virais.

Atenção à Saúde Reprodutiva: Reúne 48 indicadores relacionados à educação em saúde e garantia das escolhas reprodutivas, orientadas pelas perspectivas de direitos sexuais e reprodutivos e de gênero; cuidados de pré-natal e puerpério para a saúde de mulheres, crianças e famílias; redução da morbimortalidade; e humanização da assistência e atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e relacionados à sexualidade, incluindo rastreamento e diagnóstico de neoplasias. Os indicadores estão agregados em três subdomínios: planejamento reprodutivo; atenção ao pré-natal e puerpério; e atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade.

X. LIMITES DO SISTEMA QUALIAB

As avaliações precisam ter seus indicadores e padrões de qualidade periodicamente revisados e atualizados, de modo a acompanharem as contínuas mudanças na dinâmica e funcionamento dos serviços, tanto em relação às inovações tecnológicas como a mudanças no cenário político e institucional. Nesse sentido, os padrões de qualidade organizacional adotados devem ser revistos periodicamente.

Os indicadores de estrutura e processo utilizados no sistema QualiAB permitem avaliar a organização do trabalho nos serviços de Atenção Básica por meio da aproximação de dimensões específicas, conforme procuramos evidenciar, e que, certamente, não esgotam a complexidade dos diferentes aspectos envolvidos na determinação da qualidade.

XI. REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Tradução de Jaime A. Clasen, Lucia Mathilde E. Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília, 2010. (Série B. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. v. 4. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

- CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 679-691, 2014.
- CASTANHEIRA, E. R. L. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde & Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011.
- CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 121, n. 11, p. 1145-1150, 1997.
- DONABEDIAN, A. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 4, p. 487-496, 1988.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994.
- NASSER, M. A. **Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo**. 2015. 257 f. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/>>. Acesso em: 14 dez. 2016.
- NEMES, M. I. B. et al. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. **BMC Health Services Research Online**, v. 9, p. 51, 2009.
- NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S310-S321, 2004.
- SANINE, P. R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no estado de São Paulo**. 2014. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47.
- UNITED NATIONS. Fundo de População das Nações Unidas. **Programme of Action**. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. New York: UNFPA, 2004.
- UNITED NATIONS. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM). **Platform of Action**. Adopted at the International Conference on Women, Beijing, 1995. New York: UNIFEM, 2004.
- ZARILI, T. F. T. **Avaliação de serviços de atenção básica**: atualização e validação do instrumento QualiAB. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.



**CRITÉRIOS E PADRÕES DE AVALIAÇÃO
DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL
DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA
- QUALIAB 2016**

I. DIMENSÃO: GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

A dimensão “Gestão e gerenciamento local” refere-se às condições que dão suporte e estruturam o processo de produção de serviços, qualificando o conjunto das atividades desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde. Envolve ações e responsabilidades postas tanto para a gestão municipal como para a gerência local da unidade, com a finalidade de garantir infraestrutura e condições técnicas e materiais para execução do trabalho.

Dada a grande variabilidade organizacional dos serviços de Atenção Básica, a questão relativa à composição da equipe não é utilizada como indicador de qualidade. A composição das equipes deve atender ao previsto na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), variando conforme as necessidades de saúde e os diferentes arranjos organizacionais dos serviços em cada região, incluindo os organizados segundo a estratégia de saúde da família (ESF) e os outros diferentes formatos entre a ESF e modelos mais tradicionais.

Ao lado de uma adequada oferta de recursos humanos e materiais, tem grande importância para a qualidade da atenção aos usuários: a ambiência, enquanto um componente do acolhimento; a garantia de acesso aos recursos disponíveis, assim como, o acesso a um fluxo assistencial que viabilize a melhor resposta às necessidades de saúde de cada pessoa e segmento populacional.

O registro de informações e o conhecimento da realidade local por meio de levantamentos sobre a assistência e estudos da comunidade são de fundamental importância para o planejamento e avaliação, de modo a adequar as ações da unidade à realidade de seu território e a dar retorno para o conjunto da equipe sobre o trabalho realizado.

Tem destaque o papel da gerência local na coordenação do trabalho em equipe, por sua capacidade de qualificar diferencialmente a atenção realizada pelo serviço e de promover o trabalho em equipe.

Para análise da “Gestão e gerenciamento local” os indicadores estão reunidos em três domínios: recursos materiais, procedimentos e insumos básicos; informação, planejamento e avaliação, e coordenação do trabalho (este compreendendo três subdomínios); agrupando, ao todo, 39 indicadores.

I.1 RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

Os serviços de Atenção Básica precisam possuir uma estrutura básica, em termos de infraestrutura, equipamentos e insumos, como vacinas e medicamentos, além da realização de procedimentos básicos previstos para este nível de atenção. Esse conjunto de recursos dá suporte para uma ampla gama de atividades e representa, assim, condição mais geral para uma atenção de qualidade.

Quadro 5. Dimensão Gestão e gerenciamento local. Indicadores de Recursos materiais, procedimentos e insumos básicos. QualiAB 2016

DIMENSÃO	QUESTÃO	INDICADORES
Recursos materiais, Procedimentos e Insumos Básicos (12)	16	Estrutura Física e instalações
	17	Equipamentos e recursos de apoio à assistência
	18	Procedimentos de rotina realizados na unidade
	19	Vacinas aplicadas de rotina
	20	Exames feitos e/ou colhidos na unidade
	22.1	Disponibilidade de medicamentos para DST
	22.2	Disponibilidade de medicamentos para diabetes tipo II
	22.3	Disponibilidade de medicamentos para hipertensão arterial
	22.4	Disponibilidade de medicamentos para dislipidemias
	22.5	Disponibilidade de antibióticos mais utilizados
	22.6	Disponibilidade de psicofármacos
	23	Disponibilidade de métodos contraceptivos

INDICADOR: Estrutura física e instalações

(Questão 16)

Padrão Adotado

A unidade deve possuir bom estado de conservação, ventilação e iluminação adequadas e salas em número suficiente para o conjunto das atividades realizadas. Como parte das instalações gerais, ganham destaque: acesso e banheiro adaptado para pessoas com deficiência (PCD), consultório ginecológico com banheiro, sala para realização de atividades educativas e grupos e sala de vacina.

Infraestrutura adequada, com os equipamentos e recursos de apoio necessários contribuem para a qualificação das atividades de atenção à saúde, além de expressarem compromisso e respeito da gestão com a comunidade assistida.

A Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004), dentre suas diretrizes para o alcance da atenção humanizada para toda população, prevê a ambiência como aspecto fundamental, ou seja, a necessidade de espaços confortáveis, acolhedores, que respeitem a privacidade tanto do usuário como dos profissionais, destacando a importância da discussão do projeto arquitetônico com os diversos atores envolvidos (gestão municipal, profissionais e população).

Condições adequadas de acessibilidade para pessoas com deficiência e idosos ganham destaque por sua crescente importância populacional e ampliação da atenção dirigida a esses grupos. Nota-se, no entanto, que a incorporação dessas medidas nas estruturas atuais dos serviços de saúde ainda é relativamente baixa, especialmente nas construções mais antigas. As novas construções e as reformas devem seguir as normas previstas na Norma Brasileira - NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS-ABNT, 2004).

A adequação dos espaços físicos para as diferentes atividades deve ser garantida, mesmo considerando-se o uso compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe. Nesse sentido, vale destacar a necessidade de salas que comportem atividades de grupo e ações de educação em saúde, e, ainda, a disponibilidade de banheiro no interior dos consultórios que realizam exame ginecológico, de modo a garantir maior conforto e privacidade para as pacientes.

Nos locais com deficiência ou irregularidade no suprimento de energia elétrica, ganha importância a disponibilidade de um gerador de energia, de modo a garantir a não interrupção de procedimentos que dependem de energia e que estejam sendo realizados num momento de queda de fornecimento, além de assegurar a preservação de vacinas e medicações que requerem refrigeração.

INDICADOR: Equipamentos e recursos de apoio à assistência

(Questão 17)

Padrão Adotado

Os equipamentos e recursos de apoio devem cobrir adequadamente as necessidades assistenciais, dispendo de dispositivos como: cadeiras de rodas, equipamentos para atenção ginecológica e odontológica, e acesso à rede informatizada. Ganham destaque diferencial: geladeira exclusiva para vacinas e carrinho de emergência.

Os equipamentos e recursos necessários para uma unidade básica de saúde são previstos no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Com destaque para a importância de que o uso do refrigerador da sala de vacina seja exclusivo para o armazenamento de vacinas.

As unidades Básicas integram a rede de atenção pré-hospitalar de urgência e emergência, e precisam estar preparadas para eventuais situações de emergência, ou seja, em condições de dar suporte básico de vida até que ocorra a remoção para serviço de referência. Para isso, a equipe médica e de enfermagem precisa contar com recursos adequados: carrinho de emergência com as medicações e materiais necessários, organizados e mantidos por revisão periódica por um profissional responsável por essa atividade. Igualmente importante são equipamentos para procedimentos de suporte a situações de urgência ou uso em situações clínicas agudas, tais como: torpedão de oxigênio, oxímetro de pulso; nebulizador, e acesso a ambulância.

Recomenda-se a disponibilidade de um veículo para uso da unidade, como parte dos recursos de suporte para atividades de rotina, como: transporte de exames para o laboratório, visitas domiciliares, assistência domiciliar, entre outros.

A disponibilidade de computadores e conexão com internet é condição para a implantação e acesso a sistemas informatizados, uma vez que a gestão da informação contribui para a qualidade do atendimento. O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) prevê tanto um Sistema de Coleta Simplificada de Dados (CDS) como aponta para a possibilidade de implantação do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004. 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, 2008. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Procedimentos de rotina realizados na unidade

(Questão 18)

Padrão Adotado

Além de procedimentos básicos mais tradicionais, como vacinação, aplicação de tratamentos intramusculares e endovenosos, e retirada de pontos, valoriza-se a realização de procedimentos que ampliem o acesso, como a coleta de exames e a troca de sonda vesical de demora, e que aumentem a resolubilidade, como: pequenas suturas, hidratação venosa, curativos, aplicação de penicilina benzatina e profilaxia pós exposição (PEP).

Como parte da atenção integral, as Unidades Básicas devem realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos de menor complexidade, visando facilitar o acesso da população, além de “evitar o estrangulamento dos serviços de outros níveis de atenção”, como os hospitais e prontos-socorros.

Medidas relacionadas ao atendimento de rotina, como a coleta de exames laboratoriais de sangue e urina na própria unidade, ampliam o acesso e a capacidade de atendimento às necessidades da população adstrita.

Procedimentos tradicionais, como aplicação de penicilina benzatina, encontram ainda resistência para execução em muitas unidades; no entanto, a realização desse procedimento é medida fundamental para garantir a efetividade do tratamento de doenças como sífilis ou outras patologias com essa indicação terapêutica, de acordo com os protocolos vigentes.

As unidades Básicas devem oferecer profilaxia pós-exposição (PEP) -uma forma de prevenção da infecção pelo HIV utilizada para pessoas que possam ter entrado em contato com o vírus recentemente, como em casos de: violência sexual, acidentes com materiais perfurocortantes e sexo sem camisinha. É constituída pelo uso de medicamentos que fazem parte do coquetel utilizado no tratamento para aids. As indicações devem seguir os protocolos, iniciando com a maior brevidade possível, até 72 horas pós-exposição. No caso de não disponibilizar os medicamentos, a unidade deve identificar as situações de risco e referenciar para realização da PEP.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_peg_20_10_1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Procedimentos**. Brasília, 2011. (Cadernos de Atenção Primária, n. 30). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab30>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Vacinas aplicadas de rotina

(Questão 19)

Padrão Adotado

Espera-se que a Unidade aplique de rotina todas as vacinas previstas no calendário nacional de vacinação.

A Política Nacional de Imunização (PNI), uma das mais antigas no país, é, em grande parte, responsável pela redução da morbimortalidade causada por doenças imunopreveníveis. O calendário nacional de vacinação é periodicamente atualizado, além de assumir especificidades conforme o padrão endêmico das diferentes regiões do país, como no caso da vacina de febre amarela, obrigatória apenas em alguns estados brasileiros.

Recomenda-se que os serviços de saúde disponibilizem, em suas rotinas, a aplicação de todas as vacinas preconizadas no calendário nacional. Assinala-se a importância do cumprimento para crianças e adolescentes, mas, também, para adultos e idosos, sempre que indicado.

Campanhas específicas procuram responder a surtos epidêmicos ou a estratégias de controle e erradicação de determinadas doenças. As campanhas, entretanto, não devem substituir a vacinação de rotina, ainda que possam servir de estratégias adicionais de atualização e ampliação da cobertura.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda as mudanças no calendário de vacinação**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50529-entenda-as-mudancas-do-calendario-de-vacinacao.html>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 149, de 2015**: mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para 2016. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.cvpvacinas.com.br/pdf/nota_informativa_149.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília, 2014. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Exames feitos e/ou colhidos na unidade

(Questão 20)

Padrão Adotado

Além de garantir a coleta de exames clínicos laboratoriais, como medida de acesso, a unidade deve realizar todos os testes e exames de resultado imediato – teste de gravidez na urina e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais, glicemia de ponta de dedo, teste rápido de proteinúria e eletrocardiograma.

A diversidade de exames realizados na unidade representa maior acesso aos métodos de investigação complementar e dota a unidade de maior resolubilidade. Buscando facilitar o acesso, deve-se evitar, ao máximo, o deslocamento do usuário a outro serviço de saúde, garantindo a coleta de exames laboratoriais (sangue, urina, fezes) e o resultado de exames com teste rápido.

Tão importante quanto a garantia de acesso é a solicitação criteriosa dos exames. Deve-se desconstruir o ideário popular do *check-up*, buscando, por outro lado, garantir acesso aos exames indicados para cada caso e/ou como medida de rastreamento, com base nos protocolos e programas implantados a partir de evidências científicas.

Os testes rápidos permitem orientações e condutas imediatas, devendo sempre ser precedidos de aconselhamento pré-teste e consentimento do usuário. O teste de gravidez na urina possibilita abordar o significado da gravidez para cada mulher, seu desejo ou rejeição em relação a uma possível gestação, viabilizando orientações oportunas, como o encaminhamento para outros profissionais ou o início do acompanhamento do pré-natal.

O teste rápido de proteinúria foi introduzido como parte dos exames do componente Pré-Natal da Rede Cegonha, com a finalidade de contribuir para o diagnóstico e manejo adequado da hipertensão gestacional.

O uso de ECG pode ser feito de rotina e enviado para realização de laudo em serviços de referência, e/ou reservado para avaliações mais imediatas em situações de urgência/ emergência.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre a realização do teste rápido de proteinúria nos exames de pré-natal**: Rede Cegonha. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_proteinura_exames_prenatal.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADORES: Disponibilidade de medicamentos da RENAME

22.1 Disponibilidade de medicamentos para DST

22.2 Disponibilidade de medicamentos para DM

22.3 Disponibilidade de medicamentos para HA

22.4 Disponibilidade de medicamentos para dislipidemias

22.5 Disponibilidade de antibióticos mais utilizados

22.6 Disponibilidade de psicofármacos

(Questão 22)

Padrão Adotado

Deve-se garantir o acesso regular ao conjunto de medicamentos previstos na RENAME, com destaque para os grupos de medicamentos preconizados para o tratamento de: doenças sexualmente transmissíveis (DST), diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HA), dislipidemias, antibióticos e psicofármacos.

A assistência farmacêutica na Atenção Básica tem por finalidade promover o acesso e o uso racional de medicamentos necessários ao atendimento integral aos agravos prioritários e de maior prevalência. Como padrão mínimo, deve-se seguir a relação prevista na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que é periodicamente atualizada, incluindo medicamentos fitoterápicos e matrizes homeopáticas. A dispensação descentralizada pelas Unidades Básicas viabiliza o acesso e favorece a adesão aos tratamentos, possibilitando orientações mais adequadas aos projetos terapêuticos de cada usuário.

Foi priorizado como atributo de qualidade o acesso regular a medicamentos de uso contínuo para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, dislipidemias e agravos em saúde mental, e o tratamento para doenças transmissíveis, como as DST e outras infecções que requerem antibioticoterapia.

O uso racional de medicamentos requer a utilização de protocolos construídos com base na efetividade, segurança e custo dos tratamentos, além de requerer disponibilidade e dispensação em condições adequadas, com prescrições e orientações que visem o maior benefício e o menor risco. A adesão e utilização de acordo com as recomendações deve ser um compromisso assumido em corresponsabilidade com os usuários, respeitadas as especificidades acordadas em cada projeto terapêutico singular.

A dispensação de medicamentos utilizados em Saúde Mental pelas UBS constitui importante medida de acesso, uma vez que são medicações, em grande parte dos casos, de uso prolongado ou, mesmo, contínuo. Entretanto, a prescrição de psicofármacos requer indicação

cuidadosa e seguimento próximo, necessitando, muitas vezes, da orientação e acompanhamento de profissionais especializados. Deve-se estar atento, especialmente, à não indução de dependência, como no caso dos benzodiazepínicos, e às especificidades da indicação de antidepressivos, além dos cuidados requeridos na atenção à saúde mental de crianças e idosos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_28_04_2016_web_pdf_26946.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME 2014**. 9. ed. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmacuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 200, de 25 de fevereiro de 2013**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dislipidemia-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Disponibilidade de métodos contraceptivos

(Questão 23)

Padrão Adotado

As Unidades devem dispor de um leque diversificado de métodos contraceptivos, de modo a responderem às diferentes indicações e ampliarem a possibilidade de escolha. Além do preservativo masculino e dos contraceptivos orais e injetáveis, valoriza-se a oferta de preservativos femininos, DIU e contracepção de emergência (pílula do dia seguinte). O acesso a métodos definitivos também deve ser garantido, respeitadas as indicações e vontade expressa dos envolvidos.

Os direitos sexuais e reprodutivos são constitucionalmente garantidos, sendo assegurada a assistência à concepção e contracepção à mulher e ao homem nas diferentes etapas da vida (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996; Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014).

Em relação à contracepção, os serviços de saúde devem oferecer informações, espaços de discussões e aconselhamento sobre a escolha dos métodos mais apropriados à necessidade e opção de cada usuário.

Recomenda-se que a Unidade disponibilize a maior diversidade possível de métodos para anticoncepção, orientando, sempre que adequado, o uso de duplo método, ou seja, o uso de camisinha masculina ou feminina de modo combinado com outro método, com a finalidade de prevenir a transmissão de Infecções sexualmente transmissíveis.

A camisinha feminina tem as mesmas indicações da camisinha masculina como método de barreira e deve ter seu uso divulgado como uma opção para as mulheres.

A pílula anticoncepcional de emergência, conhecida como “pílula do dia seguinte”, está indicada para evitar gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida, como, por exemplo, nos casos de rompimento de camisinha ou uso incorreto de anticoncepcional. É indicada, também, como parte das medidas medicamentosas pós-estupro.

A esterilização voluntária, por meio de vasectomia ou laqueadura, é legalmente permitida para homens e mulheres maiores de 25 anos de idade, ou, pelo menos, com dois filhos vivos, devendo-se observar o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Também é permitida nos casos em que há risco de vida para a mulher ou riscos para a saúde da mulher ou do futuro bebê. Deve-se desaconselhar o uso de métodos definitivos para pessoas jovens, dada a maior chance de arrependimento.

Espera-se que a dispensação não seja dificultada por processos burocráticos, inclusive, nos casos de encaminhamento para acesso a métodos definitivos, como vasectomia e laqueadura.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

I.2 INFORMAÇÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

Informação, planejamento e avaliação devem constituir um ciclo de ações que se retroalimentam e que permitem uma apropriação crítica e dinâmica sobre a produção do cuidado individual e coletivo pelo conjunto dos envolvidos – responsáveis pela gestão, trabalhadores, usuários e população do território da Unidade Básica de Saúde.

A qualidade da informação depende não só do aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e da integração dos diferentes sistemas, mas, também, da qualidade do registro de dados feito nas unidades de saúde. É preciso que os diferentes profissionais entendam a importância do registro adequado, para o que, além de treinamentos sobre o funcionamento dos SIS, faz-se necessário o retorno das informações para as equipes como elementos importantes para discussão e aperfeiçoamento das ações realizadas. O uso periódico das informações é a principal garantia para que os SIS cumpram com a finalidade de “informação para ação”, com vistas à contínua melhoria da qualidade da atenção realizada.

O processo de territorialização é condição básica tanto para o planejamento e avaliação, como para a integração com a comunidade, constituindo ponto de partida para o conhecimento da realidade local. Deve ser periodicamente atualizado, conforme se dê a dinâmica de cada território.

O envolvimento ativo da comunidade nos processos de avaliação e planejamento permite a expressão de necessidades não previstas pelos instrumentos disponíveis, ampliando a capacidade de resposta do serviço, o vínculo e a corresponsabilização com a comunidade.

Quadro 6. Dimensão Gestão e gerenciamento local. Indicadores de Informação, planejamento e avaliação. QualiAB 2016

DIMENSÃO	QUESTÕES	INDICADORES
Informação, Planejamento e Avaliação	97	Dados registrados de rotina
	98	Utilização dos dados da produção assistencial
	99	Estratégias de planejamento local
	100	Definição da área de abrangência
	101	Estratégias de reconhecimento das necessidades locais de saúde
	103	Ações desencadeadas por processos de avaliação

INDICADOR: Dados registrados de rotina

(Questão 97)

Padrão Adotado

A Unidade deve registrar de rotina todos os dados que alimentam os sistemas de informação implantados na Atenção Básica. São valorizados, diferencialmente, os registros que melhor orientem medidas de monitoramento, avaliação e planejamento, como os referentes ao registro de: consultas por faixa etária, grupos realizados, faltas em atendimentos agendados, além do registro do número de atendimentos não agendados ou “extras” e do primeiro atendimento no ano (de cada usuário).

Os dados registrados pela unidade refletem o trabalho realizado e constituem condição necessária para o planejamento e avaliação. As informações produzidas nos serviços devem ser rotineiramente registradas para alimentar os sistemas de informação em saúde, bem como para pronta disponibilização para uso local.

O registro de dados consiste no passo inicial para organização de ações de monitoramento, planejamento e avaliação; por isso, são especialmente importantes os dados que permitam discriminar as atividades realizadas e os grupos populacionais atendidos, assim como, o controle de faltosos, e o número de pessoas atendidas (e não apenas o número de atendimentos realizados).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) vem sendo aprimorados e são constituídos por instrumentos padronizados de coleta de dados que têm por finalidade produzir informações que orientem o planejamento e a tomada de decisões, constituindo, assim, importantes instrumentos de monitoramento e avaliação para a gestão dos processos de trabalho.

O SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – encontra-se em implantação e foi instituído com o objetivo de unificar os SIS usados na Atenção Básica, integrando todos os SIS (AB) e garantindo o registro individualizado das informações por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS). O sistema é operacionalizado pelo e-SUS AB a partir de softwares de coleta de dados.

Mais informações sobre sistemas de Informação e a implantação do e-SUS podem ser encontradas no Portal da Saúde: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Utilização dos dados da produção assistencial

(Questão 98)

Padrão Adotado

Os dados da produção assistencial devem ser utilizados para orientar e planejar as ações da unidade, adequando a oferta de serviços às necessidades de saúde individuais e coletivas.

INDICADOR: Estratégias de planejamento local

(Questão 99)

Padrão Adotado

Para o planejamento local, além do uso de informações sobre a produção assistencial e sobre o perfil epidemiológico da população do município, valorizam-se as atividades que permitam um maior conhecimento da realidade do território, como: discussões com participação de usuários, levantamentos específicos organizados pela própria unidade de saúde e utilização de dados epidemiológicos da população da área de abrangência.

Os dados da produção assistencial são, em geral, os de mais fácil acesso pela unidade, e devem ser ativamente apropriados e utilizados nas discussões da equipe com o objetivo de aprimorar as ações realizadas e promover ajustes em relação a um melhor desempenho. Esses dados podem ser analisados por tipo de atividade e profissional responsável, assim como, por características dos usuários atendidos, como sexo e idade, entre outros.

Para um planejamento global e mais abrangente de atividades, com projeções para períodos mais longos, é necessário agregar, aos dados de produção, informações que permitam o conhecimento da realidade epidemiológica e sócio-sanitária da população da área de abrangência.

Os dados epidemiológicos do município, preferencialmente desagregados para o território de cobertura da unidade, permitem orientar as intervenções necessárias no âmbito da vigilância em saúde (englobando doenças transmissíveis, prevenção e fatores de risco das doenças não transmissíveis e riscos ambientais), além de permitirem o reconhecimento da demanda potencial da região.

Nesse mesmo sentido, a unidade deve investir no acesso e produção de informações sobre o perfil epidemiológico e sócio-sanitário da população, tanto por meio dos dados disponíveis nos SIS (Sistemas de Informação em Saúde), como por levantamentos de dados específicos realizados pela unidade.

A participação de usuários e comunidade no processo de avaliação e planejamento em conjunto com os trabalhadores da unidade qualifica o processo de modo diferencial, ao permitir a troca de conhecimentos e vivências sobre os problemas e necessidades de saúde da região, assim como, a proposição de alternativas inovadoras para o enfrentamento dos problemas identificados.

A construção de planejamentos participativos não dispõe de um modelo único, ainda que existam muitas propostas e instrumentos sendo utilizados em diferentes experiências exitosas. Exige sempre um grande empenho de todos os envolvidos e uma adequada gestão dos conflitos e interesses diversificados que emergem durante o processo. O importante é manter clara a finalidade do processo e construir consensos em busca do aprimoramento das ações e das melhores respostas possíveis às necessidades sociais de saúde em cada contexto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Definição da área de abrangência

(Questão 100)

Padrão Adotado

Valoriza-se que o território, ou área de abrangência da unidade, seja geograficamente delimitado por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e a facilidade de acesso.

INDICADOR: Estratégias de reconhecimento das necessidades locais de saúde
(Questão 101)

Padrão Adotado

Considera-se como padrão de qualidade que a unidade de saúde conheça a realidade de seu território, tanto por meio de levantamentos na comunidade, como pela análise dos dados relativos às demandas programáticas (Pré-natal, atenção à criança, às pessoas com doenças crônicas, entre outros), e não programáticas (demanda espontânea).

A territorialização é uma ferramenta de planejamento participativo que permite a delimitação da área de abrangência da unidade básica. É um processo que deve ser desenvolvido com a participação dos profissionais da unidade, da população local e dos gestores municipais, a partir do reconhecimento da realidade local – condições de vida e saúde, características socioambientais, acesso a serviços, e análise do fluxo de deslocamento, acessibilidade e barreiras geográficas da região. É um dos princípios do modelo de saúde baseado na atenção primária.

O conhecimento sobre a realidade local deve ser atualizado periodicamente, tanto por meio da análise de dados disponíveis como por intermédio de estudos e levantamentos, a partir de estratégias que permitam acompanhar a dinâmica sociodemográfica e epidemiológica da região. Além da análise dos dados colhidos de rotina, como do cadastro das famílias, das visitas domiciliares e dos diferentes programas, devem-se realizar levantamentos junto aos usuários e na própria comunidade.

Essas estratégias possibilitam a construção de planos de trabalho mais dinâmicos e mais próximos das necessidades de saúde da população da área de abrangência, com repercussões na qualidade da gestão do cuidado individual e coletivo.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. v. 3, p. 57-58. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

GONDIM, G. et al. **O território da saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Ações desencadeadas por processos de avaliação

(Questão 103)

Padrão Adotado

As avaliações devem ter como principal desdobramento o planejamento e a reorganização da assistência da Unidade com a participação do conjunto dos profissionais.

Um ciclo avaliativo se completa quando os resultados da avaliação são utilizados para modificar a situação inicial, estabelecendo um novo patamar de qualidade que represente a melhoria da capacidade do serviço em desempenhar seu papel na atenção à saúde, de modo coerente com princípios do SUS e da PNAB sintetizados nas diretrizes de integralidade, equidade e universalidade.

Mudanças nas práticas cotidianas dos serviços a partir de processos avaliativos exigem a participação ativa do conjunto dos trabalhadores em todo o processo, mas, especialmente, na compreensão dos critérios e padrões de qualidade utilizados e na apropriação crítica dos resultados da avaliação.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define as diretrizes e os valores que orientam a organização dos serviços de Atenção Básica no SUS; e, nesse sentido, pode ser reconhecida como documento base que orienta a construção de normas, critérios e indicadores para a avaliação de serviços, ou seja, que define a qualidade que se quer alcançar.

Os resultados devem induzir o estabelecimento de estratégias para fortalecimento do processo de trabalho e do compromisso, e responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada. Nesse sentido, os serviços devem ter acesso aos resultados das avaliações o mais breve possível, de modo a não interromperem o ciclo avaliativo e instrumentalizarem movimentos de mudança e melhoria de qualidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 14 dez. 2016.

Mais informações sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) podem ser acessadas no Portal da Saúde: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

I.3 COORDENAÇÃO DO TRABALHO

No sistema QualiAB, a coordenação do trabalho refere-se às ações de promoção do trabalho em equipe, qualificação profissional e garantia de acesso à assistência, por meio de uma gestão democrática e participativa dos serviços de Atenção Básica.

Os três subdomínios abordados – gerenciamento da unidade, qualificação profissional e organização do fluxo assistencial – são constituídos por indicadores que qualificam o gerenciamento técnico, ou seja, que procuram identificar em que medida o gerenciamento local, em articulação com a gestão municipal, implementa estratégias de coordenação do trabalho que dão sustentação ao modelo assistencial proposto para a Atenção Básica.

I.3.1 SUBDOMÍNIO: GESTÃO DA UNIDADE

Quadro 7. Dimensão Gestão e gerenciamento local. Indicadores de Coordenação do trabalho, subdomínio Gestão da unidade. QualiAB 2016

SUBDOMÍNIO	QUESTÕES	INDICADORES
Gestão da Unidade	105	Carga horária do gerente ou responsável local
	106	Mecanismos de integração da unidade com o nível central
	107	Periodicidade das reuniões de equipe
	108	Temas abordados nas reuniões de equipe
	111	Estratégias para participação popular na gestão da unidade
	112	Diversidade de dispositivos para reclamações dos usuários

INDICADOR: Carga horária do gerente ou responsável local

(Questão 105)

Padrão Adotado

Espera-se que o gerente tenha carga horária de 40 horas semanais de trabalho na Unidade, dedicadas, exclusivamente, à gerência ou dividida entre assistência e gerência.

O profissional com função de gerente ou responsável local pela Unidade Básica de Saúde assume a responsabilidade de coordenar o conjunto do trabalho, traduzindo as políticas da Atenção Básica em medidas gerenciais de organização e supervisão das ações realizadas, ao

que podemos nominar como “gerenciamento técnico do trabalho em saúde”. Em outras palavras, a gerência local deve orientar suas atividades segundo finalidades coerentes com o projeto sanitário, priorizando medidas administrativas que viabilizem e imprimam a melhor qualidade possível na atividade fim do serviço – o cuidado com a saúde individual e coletiva.

A carga horária completa de 40 horas semanais possibilita uma maior dedicação à gerência, tanto pela presença na unidade como pela possibilidade de participação tanto em atividades internas – como grupos de assistência e reuniões de equipe – como externas, junto a outras equipes da AB ou com a gestão municipal, entre outras.

Quer participe ou não diretamente de ações de assistência, o gerente é responsável pelas atividades de supervisão do trabalho da equipe tanto no sentido de garantir acesso, vínculo e uma atenção longitudinal, como a execução dos protocolos vigentes, promovendo, assim, a qualidade do cuidado.

INDICADOR: Mecanismos de integração da unidade com o nível central **(Questão 106)**

Padrão Adotado

Valoriza-se a integração das unidades de saúde com o nível central por meio de reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada.

A articulação com a gestão municipal deve ser frequente e proativa, ou seja, deve buscar a soma de esforços na defesa de medidas que possam garantir a qualidade das ações em nível local.

Reuniões periódicas são importantes espaços de articulação e discussão das ações previstas no Plano Municipal de Saúde para a Atenção Básica. Além de aspectos relativos à manutenção da estrutura, em termos de insumos e recursos humanos e materiais, as discussões devem ser pautadas pela definição de estratégias que possam contribuir para a melhora da capacidade de resposta das unidades para as necessidades de saúde de cada território e do município como um todo.

A supervisão técnica e o matriciamento das equipes de AB devem ser um compromisso da gestão municipal com participação ativa das unidades, de modo a ampliar o pertencimento e empoderamento, assim como a responsabilização das equipes na perspectiva de participação social e da cogestão.

Um ponto de destaque na interlocução com o nível central é o fortalecimento do papel de ordenação da rede de atenção à saúde pela Atenção Básica, e que é interdependente de me-

didadas que extrapolam a governabilidade imediata do nível local, como a integração da AB com os demais serviços da rede municipal e/ou regional de atenção à saúde, e o planejamento de ações intersetoriais, entre outras.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Periodicidade das reuniões de equipe (Questão 107)

Padrão Adotado

A reunião de equipe deve ter periodicidade semanal, ou, no mínimo, quinzenal, de modo a permitir discussões periódicas sobre o processo de trabalho.

Recomenda-se que as reuniões de equipe ocorram periodicamente, preferencialmente com intervalos semanais, como condição básica para o fortalecimento do trabalho em equipe. Admite-se, como padrão intermediário de qualidade, a ocorrência de reuniões quinzenais. As reuniões devem ser programadas, com dia e hora marcados, e com tempo e espaço exclusivamente reservados para esse fim.

A necessidade de suspensão das atividades assistenciais no horário da reunião deve ser esclarecida e pactuada com a comunidade em consonância com o conselho gestor local e a gestão municipal. Durante as reuniões, deve-se preservar a possibilidade de atendimentos de urgência/emergência ou ocorrências inusitadas, que, em geral, são eventuais e com baixa frequência, não chegando a se constituir num impedimento para que as reuniões ocorram.

INDICADOR: Temas abordados nas reuniões de equipe

(Questão 108)

Padrão Adotado

As reuniões de equipe devem priorizar temas relacionados à organização do trabalho, como: avaliação e planejamento das atividades, discussão e implantação de ações, atualizações técnicas, discussão de casos e elaboração de propostas terapêuticas e estratégias de cuidado.

Além da abordagem de rotinas, informes e fluxos assistenciais, o núcleo central das reuniões de equipe é o processo de trabalho – o planejamento, avaliação e o enfrentamento criativo dos desafios postos para a execução das ações no dia a dia da unidade.

Cabe ao gerente, ou responsável local, promover reuniões de equipe que favoreçam o diálogo e ação conjunta dos diferentes profissionais na busca pela oferta de melhores soluções para as demandas do território.

As reuniões de equipe representam, também, espaços promotores de cuidado para os próprios profissionais, onde se podem reconhecer as necessidades da equipe e desenvolver estratégias de apoio e, mesmo, supervisão externa, quando for o caso.

Os temas abordados devem propiciar a construção de atuações conjuntas, a partir da discussão de casos e de situações problema; assim como, a elaboração de inovações na organização do trabalho, de modo a responder a necessidades do dia a dia da unidade, além de promover a discussão periódica de ações de planejamento e avaliação e a elaboração de estratégias de cuidado que melhor respondam às necessidades dos usuários e do território.

INDICADOR: Estratégias para participação popular na gestão da unidade
(Questão 111)

Padrão Adotado

A participação popular na gestão da unidade deve se dar por meio: da promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade; de reuniões periódicas do Conselho Local de Saúde, e da realização de Pré-Conferências, antecedendo à Conferência Municipal de Saúde; além de outros mecanismos, como: ouvidoria, formação de conselheiros e usuários e incentivo à participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

A participação da sociedade na gestão do sistema de saúde está prevista na Constituição de 1988, e foi definida e regulamentada por leis e decretos, que definem a organização e atribuições dos Conselhos (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90).

Os Conselhos de Saúde representam espaços de controle social por meio de comunicação e diálogo entre profissionais, gestores e população, e devem estar presentes nas diferentes instâncias de gestão desde o nível local, em cada unidade, até municipal, estadual e federal.

Os Conselhos Locais de Saúde abrem espaço para discussão de problemas vivenciados, no dia a dia do serviço, por usuários e profissionais, possibilitando a busca conjunta de alternativas, mobilização e aprendizado coletivo. Os conselhos locais devem ser espaços de preparação e aprofundamento de questões a serem levadas para o Conselho Municipal, assim como para as pré-conferências e Conferências Municipais de Saúde, garantindo representatividade e participação ativa na gestão da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Diversidade de dispositivos para reclamações dos usuários

(Questão 112)

Padrão Adotado

Valoriza-se a existência de mecanismos de encaminhamento de reclamações dos usuários que permitam verificação e respostas criteriosas e emitidas com brevidade, como: a disponibilização de uma linha telefônica municipal para esse fim; um sistema de ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde; a comunicação ao Conselho Local de Saúde, e o contato direto com o responsável pela unidade. Podem ser agregadas alternativas, como caixas ou livros de sugestão, sites, entre outros.

A oferta de meios de encaminhamento das reclamações dos usuários deve ser ampla e de fácil acesso, com a utilização de diferentes formas de captação e escuta de queixas e sugestões, valorizando-se, diferencialmente, canais diretos, como ouvidoria ou contato com a direção da unidade. A devolução sobre a avaliação e encaminhamento dos problemas levantados, assim como esclarecimentos e medidas tomadas perante as queixas e sugestões, devem ser informadas ao usuário, garantindo um *feedback* no menor espaço de tempo possível.

As reclamações dos usuários agregam elementos para a avaliação do serviço, e permitem identificar problemas que podem estar na organização da atenção realizada, em sua qualidade técnica ou em falhas de comunicação e interação com os usuários, sendo sempre positiva a possibilidade de caracterização e busca de soluções que possam melhorar a qualidade do serviço e capacidade de interlocução com os usuários.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/acolhimento_praticas_saude_2ed_sem_logo.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

I.3.2 SUBDOMÍNIO: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Quadro 8. Dimensão Gestão e gerenciamento local. Indicadores de Coordenação do trabalho, subdomínio Qualificação profissional. QualiAB 2016

SUBDIMENSÃO	QUESTÃO	INDICADORES
Qualificação profissional (10)	109.1	Estratégias de formação para Médicos no último ano
	109.2	Estratégias de formação para Enfermeiros no último ano
	109.3	Estratégias de formação para Dentistas no último ano
	109.4	Estratégias de formação para Farmacêuticos no último ano
	109.5	Estratégias de formação para Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem no último ano
	109.6	Estratégias de formação para Auxiliares/Técnicos de Higiene Dental no último ano
	109.7	Estratégias de formação para Auxiliares de farmácia no último ano
	109.8	Estratégias de formação para Agentes Comunitários no último ano
	109.9	Estratégias de formação para Profissionais Administrativos no último ano

INDICADORES: Qualificação profissional

(Questões de 109.1 a 109.9)

Padrão Adotado

Os diferentes profissionais da equipe (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, pessoal administrativo, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e de higiene dental, entre outros) devem participar de ações de formação continuada, especialmente, por meio de estratégias de educação permanente, além de atualizações por meio de cursos e congressos, entre outros.

A qualidade do serviço também está relacionada com o maior número de profissionais inseridos em processos de educação permanente, o que inclui atualizações periódicas e capacitações com maior escopo de temas, diante das necessidades do serviço e da equipe de aprimoramento das práticas. O investimento no aperfeiçoamento profissional é um requisito para manutenção da qualidade das ações desenvolvidas.

A educação permanente constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas de trabalho. Todavia, para que haja um processo dialético entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade, é preciso que o projeto de educação permanente esteja orientado para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade.

Todos os profissionais que atuam no cuidado da comunidade devem estar inseridos em uma agenda de capacitações, treinamentos, educação permanente e/ou continuada, independente de sua função dentro da equipe de saúde.

A educação permanente reflete no investimento da valorização dos profissionais, de ampliação de seus conhecimentos e postura crítica, além de ser um mecanismo que promova maior satisfação com o trabalho, proporcionando espaços para discussões que atualizem diferentes dimensões da organização do processo de trabalho na unidade, sendo os profissionais agentes multiplicadores de conhecimento para os demais membros da equipe, bem como a comunidade.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009. 63 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

I.3.3 SUBDOMÍNIO: ORGANIZAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL

Quadro 9. Dimensão Gestão e gerenciamento local. Indicadores de Coordenação do trabalho, subdomínio Organização do fluxo assistencial. QualiAB 2016

SUBDIMENSÃO	QUESTÃO	INDICADORES
Organização do fluxo assistencial (5)	21	Presteza na avaliação dos resultados de exame
	28	Estratégias de agendamento da consulta médica
	29	Fluxo de atendimento à demanda espontânea
	30	Diversidade da oferta assistencial para demanda espontânea
	31	Grupos prioritários para convocação de faltosos

INDICADOR: Presteza na avaliação dos resultados de exames

(Questão 21)

Padrão Adotado

Os resultados dos exames devem ser avaliados quando chegam ao serviço de saúde, para identificação dos exames com resultados alterados.

A unidade de saúde deve assegurar a avaliação dos resultados de exames logo que estes estejam na unidade, selecionando os resultados alterados de modo a avaliar, caso a caso, a necessidade de convocação de acordo com critérios de risco e necessidade de intervenção precoce. Avaliar o resultado apenas no dia agendado, mesmo que o paciente falte, é uma alternativa possível, mas menos efetiva para os casos que requeiram uma intervenção mais breve. Aguardar o comparecimento do paciente para conferir o resultado dos exames não só pode ocasionar um retardo no diagnóstico e início do tratamento, como configura falta de responsabilização da unidade, pois o usuário pode não comparecer no dia agendado ou, mesmo, não retornar ao serviço.

A verificação dos resultados dos exames representa uma das atividades da vigilância em saúde e da atenção integral aos usuários, devendo ser inserida na rotina de organização do trabalho da unidade para o conjunto das condições de saúde em seguimento, programáticas ou não programáticas.

INDICADOR: Estratégias de agendamento da consulta médica

(Questão 28)

Padrão Adotado

Valoriza-se a oferta de consultas marcadas (com horas distintas) para cada usuário, como a melhor estratégia de agendamento das consultas médicas.

As consultas médicas devem ser agendadas por hora marcada, com o intuito de: promover o menor tempo de espera para o usuário; facilitar o acesso ao atendimento, e distribuir o número de atendimentos ao longo do dia, evitando horários de superlotação da unidade de saúde.

O tradicional agendamento de todos os casos no mesmo horário implica, necessariamente, grande tempo de espera para alguns, e estimula a premissa de que haverá um grande número de faltas e que essas permitirão o atendimento dos casos extras ou não agendados.

Como alternativa intermediária, alguns serviços adotam o agendamento para grupos de pacientes por hora, de modo a encaixar a demanda de não agendados entre as consultas de rotina.

A equipe pode administrar a agenda do médico e dos demais profissionais, distribuindo, assim, os horários de agendamento, por classificação de grupos prioritários, como gestantes, portadores de doenças crônicas, e previsão prévia para demanda espontânea, entre outros.

INDICADOR: Fluxo de atendimento à demanda espontânea

(Questão 29)

Padrão Adotado

O fluxo de atendimento da demanda espontânea deve ser definido a partir de uma escuta ampliada, de modo a orientar a melhor resposta possível à necessidade de cada caso. Pode ser feita por diferentes profissionais – técnico de enfermagem, com supervisão, enfermeira ou, mesmo, médico – em atendimento individual ou em grupo, com uso de critérios de estratificação de risco e de vulnerabilidade.

Além de orientar o fluxo, o primeiro atendimento à demanda espontânea representa uma forma de acolhimento, escuta e diálogo. Todos os usuários não agendados precisam ser acolhidos num espaço programado para essa primeira escuta, de modo a qualificar a demanda e poder definir, em conjunto com o usuário, a melhor resposta possível.

Existem diferentes estratégias de organizar a primeira escuta da demanda espontânea: pode ser realizada por técnico de enfermagem, com supervisão, enfermeiro ou médico da equipe de referência de cada usuário, ou em grupo de acolhimento coordenado por um ou mais profissionais da equipe. A escolha da melhor estratégia depende do contexto organizacional de cada unidade, tendo sempre, como objetivo, definir a melhor oferta assistencial para cada caso.

A escuta do motivo de procura dos casos já cadastrados no serviço deve utilizar informações de atendimentos anteriores, registradas em prontuário, e, para todos os casos, dispor de alternativas diversificadas de resposta. Não deve ser confundida com uma pré-consulta ou, simplesmente, uma triagem, nem tampouco como um espaço somente para remarcação de atendimentos.

O uso de critérios de estratificação de risco deve ser utilizado de modo integrado com critérios de vulnerabilidade, de modo a permitir orientações e medidas adequadas e sensíveis a cada caso. O encaminhamento para unidades de urgência /emergência deve ser reservado para os casos com esse específico perfil de risco, após as primeiras medidas de suporte necessárias realizadas na unidade.

INDICADOR: Diversidade de oferta assistencial para a demanda espontânea

(Questão 30)

Padrão Adotado

A unidade deve dispor de diferentes alternativas de atendimento à demanda espontânea. Após a recepção e primeira escuta de todos os casos, valoriza-se que, entre as opções de atendimento, estejam: consultas médicas ou de enfermagem no mesmo dia; atendimento com técnico de enfermagem, com supervisão, no mesmo dia, e agendamento para atendimento em grupo; além da oferta de agendamento de consultas médicas, de enfermagem ou com outros profissionais da própria unidade. O encaminhamento para outros serviços de saúde, como pronto socorro, ou para outros serviços da rede intersetorial, também deve ser considerado, desde que integre o conjunto das demais alternativas.

A diversidade de oferta assistencial para a demanda espontânea amplia a capacidade de resposta da unidade em relação à grande diversidade de demandas que se apresentam, especialmente, quando acolhidas em sua complexidade e na perspectiva de um cuidado integral.

A garantia de atendimento à demanda espontânea deve ser planejada na perspectiva de favorecer o vínculo e a maior efetividade das respostas do serviço às necessidades de saúde de seu território. A diversificação da oferta permite que não se tenha como única alternativa, para qualquer demanda, uma consulta médica imediata, já que esta não representa a melhor resposta para todo e qualquer caso. O conhecimento do contexto de saúde da região e das principais demandas por cuidado permite a organização de alternativas assistenciais mais responsivas e pactuadas com os usuários, incluindo a consulta médica no mesmo dia, entre outras alternativas.

Para os que já se encontram em seguimento, acolher a demanda do dia permite identificar diferentes tipos de situações, como: dúvidas ou divergências sobre o diagnóstico ou tratamento; intercorrências agudas ou novos agravos, além da captação de usuários faltosos ou em abandono de tratamento e que precisem retomar o seguimento.

A definição de quais as melhores alternativas deve basear-se no conhecimento das necessidades sociais de saúde de cada território. Além da diversificação da capacidade de resposta do próprio serviço, a unidade deve conhecer e estar integrada com os demais recursos disponíveis na região, tanto serviços de atenção à saúde, como de áreas de interface, como: educação, assistência social, esporte e lazer, segurança, entre outros, ampliando a capacidade de resposta a cada específica necessidade de cuidado.

INDICADOR: Grupos prioritários para convocação de faltosos **(Questão 31)**

Padrão Adotado

A convocação de faltosos deve priorizar condições que representem situações de maior vulnerabilidade e/ou risco, tais como: gestantes, puérperas, recém-nascidos de risco, crianças de risco, crianças até dois anos, portadores de sífilis, tuberculose, hanseníase, HIV/aids, e resultados de exames alterados, entre outros.

A convocação de faltosos é uma importante medida de organização do fluxo assistencial e uma estratégia de apoio à vigilância em saúde, demonstrando a responsabilização da unidade com seus usuários. Deve ser criteriosa e visar a manutenção do seguimento dos usuários que apresentem condições de risco e/ou vulnerabilidade.

Os casos devem ser avaliados a partir dos registros em prontuário, de modo a definir a necessidade e a melhor estratégia de convocação, como: carta, telegrama ou telefonema, ou, ainda, visita domiciliar, na dependência do perfil do usuário e das condições específicas de cada caso.

A revisão dos prontuários das pessoas que faltaram ao agendamento no mesmo dia da falta permite avaliar a necessidade de convocação, sempre colocada para os casos que requeiram maior cuidado, como, por exemplo: recém-nascidos e crianças de risco, doenças infecciosas em tratamento, ou, mesmo, no caso de exames alterados que impliquem risco para o paciente.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 1. (Cadernos de Atenção Primária, n. 28). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 2. (Cadernos de Atenção Primária, n. 28). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

II. DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A gestão da atenção à saúde refere-se a indicadores relacionados à organização do complexo conjunto de ações mais diretamente vinculadas ao cuidado, envolvendo ações de promoção, prevenção e assistência. Os indicadores estão agrupados em três domínios: Educação em Saúde, Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social, e Seguimento Programático.

“Para a qualidade da atenção, é fundamental que as equipes busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, como: propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade; integrar uma rede de serviços de maior complexidade e, quando necessário, coordenar o acesso a esta rede.” (BRASIL, 2006, p. 10).

II. 1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde consiste num dos eixos de sustentação da promoção e prevenção primária em saúde, na perspectiva da integralidade e da troca de conhecimentos e saberes entre profissionais, usuários e população sobre a produção da saúde individual e coletiva. Nas várias ações e atividades desenvolvidas nas unidades de Atenção Básica ocorrem encontros educativos, cuja potencialidade transformadora está relacionada a quanto trabalhadores e população conseguem se colocar como sujeitos do processo de produção de cuidados, tanto nas atividades realizadas na própria unidade como nas desenvolvidas em espaços da comunidade.

Todos os trabalhadores da unidade podem ser considerados educadores, ou seja, profissionais que têm a função de educar como parte de seu trabalho cotidiano, com diferentes expertises, em contínuo processo de aprendizado no trabalho, onde conteúdos técnicos e científicos atualizados se agregam ao saber da prática cotidiana. Deste modo, a Educação em Saúde baseia-se numa concepção de processo ensino-aprendizagem como troca e diálogo crítico sobre a realidade.

Os indicadores propostos referem-se às temáticas mais abordadas pela unidade e às estratégias de educação em saúde utilizadas, como aspectos organizacionais que fazem uma aproximação desse complexo domínio. Dentro desses limites, permitem apontar a existência e diversidade temática das ações educativas, assim como identificar as estratégias mais utilizadas.

Quadro 10. Dimensão Gestão da atenção à saúde. Indicadores de Educação em saúde. QualiAB 2016

DIMENSÃO (Nº Questões)	QUESTÕES	INDICADORES
Educação em Saúde (4)	24	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na comunidade
	25	Estratégias de educação em saúde na comunidade
	26	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na unidade
	27	Estratégias de educação em saúde na unidade

INDICADOR: Diversidade de temas de educação em saúde abordados na comunidade
(Questão 24)

Padrão Adotado

Espera-se que seja abordada uma grande diversidade de temas de educação em saúde, com especial atenção para os temas de maior relevância epidemiológica e social, tais como: gestação na adolescência, planejamento reprodutivo, situações de violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, saúde e meio ambiente, tabagismo, e prevenção de acidentes e doenças do trabalho, entre outros.

INDICADOR: Estratégias de educação em saúde na comunidade
(Questão 25)

Padrão Adotado

Valoriza-se o desenvolvimento periódico de ações de Educação em Saúde junto à comunidade, priorizando aquelas que promovam uma maior interação com a população local e a parceria com outros setores que compõe a rede de cuidados - como rodas de conversa ou outras atividades com temas definidos pela comunidade, e atividades articuladas com outras Secretarias municipais, como: Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outras.

A diversidade de temas abordados nas ações de educação em saúde junto à comunidade deve atender às necessidades de saúde presentes em cada território, envolvendo tanto aquelas identificadas pelos indicadores de saúde como as necessidades sentidas e levantadas pela população.

O trabalho na comunidade requer, no mais das vezes, integração com outros organismos da própria comunidade, como: associações de bairro, ONG que atue na região, instituições religiosas, escolas e creches, entre outros. Uma parceria importante para abordagem de alguns temas é com as equipes da vigilância epidemiológica e sanitária do município.

As temáticas de maior relevância podem ser percebidas a partir das atividades de rotina do serviço, como nas visitas domiciliares e nas demandas dos usuários, além do conhecimento da realidade social e epidemiológica da região. Devem ser discutidas em equipe e levadas a espaços comunitários de discussão, como o próprio conselho de saúde da unidade, para elaboração de estratégias que possam envolver mais ativamente a participação da comunidade.

Temas abordados em momentos específicos, como em campanhas ou em palestras realizadas em datas predefinidas – como, por exemplo, Dia Nacional do Idoso ou Dia Mundial de Luta contra a Aids – representam abordagens estratégicas para difusão de informações, dando visibilidade a questões específicas, e, nesse sentido, devem ser realizadas, mas são limitadas como ações educativas e transformadoras por serem pontuais.

Ações participativas e integradas à comunidade permitem o desenvolvimento de novos modos de promover e produzir saúde. Além de expandir a atuação da Unidade, aproxima o serviço da população, favorecendo a construção de vínculos, ampliando o acesso e conferindo maior efetividade e integralidade aos cuidados em saúde.

INDICADOR: Diversidade de temas de educação em saúde abordados na unidade
(Questão 26)

Padrão Adotado

Valoriza-se a abordagem de temas relativos à prevenção de condições frequentes que representem risco e/ou atinjam grupos com maior vulnerabilidade, como: obesidade e desnutrição, tuberculose, hanseníase, climatério e menopausa, além das situações de violência, tabagismo e uso abusivo de álcool e outras drogas.

INDICADOR: Estratégias de educação em saúde na unidade
(Questão 27)

Padrão Adotado

Valoriza-se a realização de estratégias participativas, como grupos, e que componham a atenção integral a diferentes condições por meio da abordagem de temas relativos às ações programadas, como pré-natal e doenças crônicas, e temas definidos a partir do perfil epidemiológico e da demanda dos usuários.

As unidades de saúde devem exercer seu papel educativo cotidianamente, de modo dialogado e interativo, ensinando e aprendendo com os usuários, tanto em momentos de atenção individual como em grupo.

As ações programadas, como as voltadas para a atenção ao pré-natal e às doenças crônicas, são momentos privilegiados para discussão de condições de risco e vulnerabilidade presentes com maior frequência em cada situação, repassando conhecimentos e permitindo a troca de vivências, o que é facilitado por abordagens realizadas em grupo.

Temas recorrentes nas demandas trazidas pelos usuários também devem ser valorizados, além de temáticas relativas a condições epidemiológicas, como no caso de surtos e epidemias.

Espaços como a sala de espera e momentos de atenção individual também devem ser utilizados para ações de educação em saúde, com destaque para a identificação de temas relevantes em cada situação específica e para abordagem de medidas de promoção da saúde e prevenção primária.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2015. Disponível em: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015_final.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

MOROSI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

II.3.1 ATENÇÃO A AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SOCIAL

A atenção a agravos de relevância epidemiológica e social reúne indicadores relacionados à avaliação de ações de vigilância em saúde, incluindo ações de prevenção e assistência de doenças e agravos de notificação compulsória, atenção a deficientes, saúde do trabalhador e saúde mental. São ações que compõem a atenção integral à saúde de diferentes segmentos populacionais, pressupondo abordagens individuais e coletivas de problemas de saúde do território, estando necessariamente, em grande parte dos casos, articuladas a ações interseoriais e integradas às vigilâncias epidemiológicas e sanitárias.

As ações de Vigilância em Saúde fazem parte do dia a dia das unidades básicas e, de fato, incluem o conjunto de ações que contribuem para a diminuição de riscos e vulnerabilidades, desde a vacinação, diagnóstico e tratamento de agravos de notificação, até ações de promoção à saúde. No modelo de análise proposto, estão agrupadas algumas condições de relevância epidemiológica e social frequentes na atenção básica, sem esgotar o conjunto das ações que integram a vigilância em saúde.

Nesse sentido, embora os indicadores relativos à violência interpessoal também compo-
nham esse domínio, optou-se por deixá-los como parte da atenção integral a cada segmento específico – criança, mulher, idoso – sem prejuízo de considerá-los como parte desse conjunto de indicadores, a depender do recorte proposto para análise.

Quadro 11. Dimensão Gestão da atenção à saúde. Indicadores de Atenção à agravos de relevância epidemiológica e social. QualiAB 2016

DIMENSÃO	QUESTÕES	INDICADORES
Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social (15)	75	Ações de vigilância em casos de Doenças ou Agravos de Notificação Compulsória
	76	Público-alvo das ações de prevenção de DST e aids
	77	Critério para dispensação de preservativos masculinos
	78	Ações em casos sugestivos de DST/aids
	79	Ações em casos negativos para HIV e hepatites B e C
	80	Ações em casos positivos para HIV e hepatites B e C
	82	Ações em casos positivos para sífilis
	83	Ações em casos suspeitos ou confirmados para tuberculose
	85	Ações na atenção a pessoas com deficiência
	86	Ações na atenção à saúde do trabalhador
	87	Ações em caso de acidentes de trabalho com material biológico
	88	Ações em casos de uso abusivo de álcool
	89	Ações em casos de uso abusivo de outras drogas exceto álcool
	90	Ações na atenção às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental
	91	Controle do uso crônico de benzodiazepínicos

INDICADOR: Ações de vigilância nos casos de doenças ou agravos de notificação compulsória
(Questão 75)

Padrão Adotado

Nos casos de doenças ou agravos de notificação compulsória valoriza-se a realização de busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou do meio ambiente; ações na comunidade articuladas em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária; ações de educação e prevenção junto à comunidade, e capacitação das equipes na área de vigilância em saúde. Somando-se às medidas mais tradicionais, como: o preenchimento de fichas de notificação compulsória, encaminhamento a serviços de referência nos casos indicados, e ações educativas junto aos usuários.

As doenças e agravos de notificação compulsória são definidos no território nacional por portarias do Ministério da Saúde, periodicamente atualizadas, às quais podem ser acrescentados, por estados e municípios, outros problemas de saúde de relevância epidemiológica e social em cada região.

A Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 define a Lista Nacional Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em nível nacional, reafirmando, como obrigatória, a notificação por médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente.

A notificação realizada na unidade básica, a partir do preenchimento de fichas padronizadas para cada doença ou agravo, alimenta o sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), possibilitando o diagnóstico e planejamento de medidas de controle em escala municipal, estadual e nacional.

Além da notificação, cabe à unidade básica, em articulação com a equipe de vigilância do município, realizar ações junto à comunidade, como a busca ativa de comunicantes e atividades de educação em saúde, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce dos agravos prevalentes em cada região.

O conjunto da equipe (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, entre outros) deve estar sensibilizada e capacitada tecnicamente para identificar as diferentes situações de notificação.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde de todo o território nacional. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/222346/1207905/portaria20417fevereiro2016+DNC.pdf/8873ac5f-8e2c-42d9-bcfb-d78a2376aed6>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Público-alvo das ações de prevenção de DST e AIDS (Questão 76)

Padrão Adotado

A prevenção de DST/aids deve envolver a população como um todo, com ações especialmente dirigidas aos grupos mais vulneráveis, como: escolares de nível fundamental, idosos, pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, e população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais).

O risco de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive à aids, se coloca universalmente para todas as pessoas que praticam sexo desprotegido. Nesse sentido, as ações de prevenção são, a princípio, dirigidas para a população em geral. No entanto, há grupos com vulnerabilidade aumentada, ou seja, por um conjunto de determinantes sociais, culturais, e de situações que propiciam uma menor capacidade de autodeterminação, tendem a estar mais expostos a situações de sexo desprotegido, como no caso de: adolescentes e jovens, idosos, profissionais do sexo ou usuários de drogas.

Cabe à unidade básica promover ações que combatam o desconhecimento, o preconceito e a discriminação, estimulando a realização de práticas sexuais mais seguras. A proximidade e vínculo com a comunidade permite, ao serviço, conhecer as peculiaridades de cada região e desenvolver ações dialogadas com os grupos mais vulneráveis em cada contexto, evitando discursos prontos que não reflitam a realidade local.

Os grupos incluídos na sigla LGBT, de um modo geral, tendem a vivenciar situações de maior exposição, mas têm especificidades que os diferem bastante entre si e que precisam ser reconhecidas pela unidade de saúde para uma adequada abordagem de cada um.

A equipe deve ouvir os usuários, compreendendo seu contexto de vida, discutindo mitos e tabus, por meio de estratégias individuais e em grupo, que proporcionem condições de empoderamento e estimulem escolhas conscientes e autodeterminadas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento Nacional de DST/AIDS. **Nota Técnica nº 13/2009, GAB/PN-DST/AIDS/SVS/MS**. Recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51070/nota_tecnica_13_2009_pdf_18964.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Critérios para dispensação de preservativos masculinos **(Questão 77)**

Padrão Adotado

Os preservativos masculinos devem ficar expostos em local de fácil acesso para toda a população.

O livre acesso aos preservativos masculinos (e aos femininos também) viabiliza e estimula a prática de sexo mais seguro tanto para prevenção da gravidez não planejada como de doenças sexualmente transmissíveis, como: sífilis, hepatite B e aids, entre outras.

A dispensação indiscriminada de preservativos, ou seja, sem critérios que possam representar barreiras ao acesso, representa uma garantia de direitos sexuais e reprodutivos, e uma estratégia eficaz para a prevenção de DST/aids. Desta forma, é importante que a unidade de saúde incentive o uso do preservativo, disponibilizando-os livremente e, assim, favorecendo a adoção de práticas sexuais mais seguras para toda a população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>.

INDICADOR: Ações em casos sugestivos de DST/AIDS

(Questão 78)

Padrão Adotado

Em caso sugestivo de DST, a unidade deve oferecer tratamento por meio de abordagem sindrômica ou de investigação etiológica, e orientar a vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento; além de orientar o uso de preservativo, fazer testagem rápida precedida de aconselhamento e encaminhar, quando necessário, para serviço de referência.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou infecções sexualmente transmissíveis (IST) são frequentes e envolvem diferentes patologias, com repercussões na qualidade de vida e saúde, tanto em termos físicos como psicossociais.

O diagnóstico e tratamento precoces da maior parte das IST podem ser realizados nas unidades básicas e devem ser prontamente estabelecidos, seja por meio de abordagem sindrômica ou por abordagem etiológica, de acordo com a capacitação e recursos disponíveis em cada unidade.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Infecções Sexualmente Transmissíveis, diante de um caso suspeito de IST, é esperado que as unidades básicas realizem: acolhimento e atividades de informação/educação em saúde; consulta imediata no caso de úlceras genitais, corrimentos genitais masculinos e femininos, e de verrugas anogenitais; coleta de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais; testagem rápida e/ou coleta de sangue e/ou solicitação de exames para sífilis, HIV e hepatites B e C; tratamento das pessoas com IST e suas parcerias sexuais; seguir o protocolo do MS para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais; notificar as IST; referir os casos que necessitem avaliação especializada.

As testagens rápidas devem ser realizadas a partir de orientações pré e pós-teste. É de grande importância que o/a(s) parceiro/a(s) sejam sensibilizados a procurar a unidade de saúde para a realização de aconselhamento e diagnóstico.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18). Disponível em <http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADORES:

Ações em casos negativos para HIV, hepatites B e C

(Questão 79)

Ações em casos positivos de HIV, hepatites B e C

(Questão 80)

Padrão Adotado

Os resultados de sorologias para HIV e hepatites B e C, sejam negativos ou positivos, devem ser dados por meio de aconselhamento pós-teste, ou seja, com orientações sobre a prevenção, identificação de situações de maior exposição e aconselhamento para adoção de práticas seguras, segundo as características de cada caso. Os casos positivos devem ser orientados sobre: o diagnóstico e o tratamento, cuidados com os parceiros, além de medidas como notificação, entre outras. (Q79 e Q80)

INDICADOR: Ações em casos positivos para sífilis

(Questão 82)

Padrão Adotado

Os casos com sorologia positiva para sífilis devem receber tratamento e seguimento na própria unidade, com orientações sobre o diagnóstico e o tratamento, e sobre os cuidados de prevenção, diagnóstico e tratamento dos parceiros.

O acolhimento e aconselhamento pré e pós-teste são de grande importância em todos os casos de exames para sífilis, aids e hepatites virais B e C, pois esclarecem sobre o significado de cada teste e permitem identificar condições de vulnerabilidade e risco. A discussão sobre a solicitação de cada exame (com esclarecimentos sobre a janela imunológica) e a abordagem dos resultados devem ser feitas de modo adequado ao contexto de vida de cada sujeito, tanto em relação a medidas de sexo mais seguro e proteção dos parceiros, como em relação ao significado do diagnóstico e possibilidades de tratamento.

Os resultados positivos exigem uma escuta cuidadosa em relação à compreensão e aceitação do diagnóstico e às expectativas de repercussão na vida familiar, rede social e no trabalho. A evolução crônica e invisibilidade (falta de sintomas específicos por um longo período) devem ser esclarecidas, assim como as dúvidas em relação ao tratamento. O vínculo com a Unidade

Básica, com garantia de sigilo sobre o estado sorológico, deve ser garantido, mantendo-se o acompanhamento na UBS mesmo nos casos encaminhados para serviços de referência.

Muitas pessoas com sífilis, HIV ou hepatites B e C – ao lado de outras infecções sexualmente transmissíveis que cursam longos períodos sem sintomas ou com sintomas que passam despercebidos – não procuram serviços de saúde e transmitem a doença para seus parceiros por não terem conhecimento da infecção. A importância do diagnóstico e tratamento precoces reside nas complicações tardias para as pessoas infectadas, assim como em função do risco de transmissão fetal no caso de gestantes. É fundamental, em todos os casos, que se aborde a necessidade de diagnóstico e tratamento dos parceiros e do uso de preservativos para prevenir a transmissão e a reinfecção entre pessoas com sorologia positiva.

Nos casos positivos para sífilis, compete à Unidade Básica realizar todo o processo de diagnóstico e tratamento, garantindo a manutenção do vínculo e aumentando as chances de um tratamento completo. O encaminhamento para aplicação do tratamento de escolha, penicilina benzatina, em outro serviço dificulta o acesso e aumenta as chances de não realização ou interrupção do tratamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-atencao-integral-pessoas-com-infecoes-s>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O manejo da infecção pelo HIV na atenção básica**: manual para profissionais médicos. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/o-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica-para-profissionais-medicos>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75405.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

Para mais informações para casos positivos para HIV, hepatite B e C e sífilis:
<http://www.aids.gov.br/>

INDICADOR: Ações em casos suspeitos ou confirmados para tuberculose

(Questão 83)

Padrão Adotado

Nos casos suspeitos ou confirmados de tuberculose, a unidade deve realizar: pesquisa de BAAR e de HIV; busca ativa de contatos intradomiciliares e de faltosos em tratamento; tratamento supervisionado; detecção, suporte e acompanhamento de condições de vulnerabilidade, como situações de violência; contínua capacitação da equipe; além de notificação compulsória e ações educativas.

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública, cuja ocorrência está associada a más condições de vida e a situações de vulnerabilidade e exclusão social. A unidade básica de saúde deve ser capaz de realizar diagnóstico precoce, busca ativa, tratamento e seguimento dos casos, para o que a equipe precisa estar sensibilizada para o problema e capacitada para uma atenção qualificada.

A busca de casos deve ser feita entre: sintomáticos respiratórios (tosse há três semanas ou mais), contatos de pessoa com TB; populações de maior risco de adoecimento, como os residentes em comunidades fechadas (asilos, presídios), etilistas, usuários de drogas, mendigos/moradores de rua, imunodeprimidos, trabalhadores que mantêm contato próximo ao paciente com TB pulmonar; e suspeitos radiológicos. As estratégias de busca podem ser passivas, entre usuários; ou ativas, na comunidade.

A TB de localização pulmonar é a mais comum e com grande capacidade de transmissão para outros indivíduos se for bacilífera. A unidade deve colher material para pesquisa de BAAR no escarro para os sintomáticos respiratórios (SR), em duas ou três amostras, sendo importante a coleta do escarro da manhã em função do maior acúmulo de secreção.

Os casos suspeitos de TB extrapulmonar, ocorrem com maior frequência em pessoas imunodeprimidas ou em casos de reinfecção, podendo atingir: a pleura pulmonar, gânglios, laringe, rins, cérebro, pericárdio, globo ocular e ossos. A pesquisa pode ser iniciada na unidade e complementada por exames especializados. Todo caso extrapulmonar também deve ser investigado para TB pulmonar.

O tratamento supervisionado ou diretamente observado (TDO ou DOT) consiste na administração dos medicamentos por profissional da equipe capacitado, com observação diária da ingestão. É preconizado que sejam programadas, no mínimo, três observações semanais do início ao fim do tratamento. O TDO é considerado a principal estratégia de adesão ao tratamento. O local e horário da administração devem respeitar as necessidades dos usuários. Caso não seja possível a realização do tratamento supervisionado no domicílio, espera-se que ele seja efetuado na unidade, pois é grande a taxa de abandono.

Para todos os casos de TB confirmado, deve ser oferecido o teste sorológico anti-HIV, dada a possibilidade de associação das duas infecções e dos benefícios do diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Os casos devem ser notificados por meio do preenchimento da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde (enfermeiro ou médico) da UBS responsável.

O acolhimento e identificação de situações de vulnerabilidade, ao lado de ações educativas junto à família e à comunidade, devem esclarecer dúvidas e combater o estigma da doença, ampliando as chances de adesão e reduzindo o risco de transmissão da doença na comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/manual_recomendacoes_TB11.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_tuberculose11.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Ações na atenção a pessoas com deficiência **(Questão 85)**

Padrão Adotado

Em relação à atenção a pessoas com deficiência, a unidade deve: orientar os cuidadores, realizar visitas domiciliares periódicas, desenvolver ações de saúde sexual e reprodutiva, identificação e atenção em casos de uso de álcool e outras drogas, e para situações de violência. A equipe deve ser capacitada para essas abordagens e a unidade deve manter articulação com a rede de atenção intersetorial (saúde, educação, serviço social, entre outras).

As Unidades Básicas integram a rede de serviços envolvidos na atenção integral a pessoas com deficiência (PCD), e devem pautar suas ações de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, de modo articulado com centros de reabilitação e outros serviços.

As necessidades de saúde das pessoas com deficiência devem ser reconhecidas pela unidade, que, além de incluir as PCD nas ações de prevenção primária e secundária dirigidas ao conjunto dos usuários, deve identificar condições de riscos e vulnerabilidades que ganham especificidade conforme a deficiência e o contexto familiar e social dessas pessoas.

Ganha importância a realização de visitas domiciliares por equipe multiprofissional, para um adequado diagnóstico do contexto familiar e comunitário. Vale destacar a importância em: orientar e acolher questões relativas à vida sexual e reprodutiva, identificar situações de uso abusivo de álcool e outras drogas, e violência doméstica, entre outras condições de maior vulnerabilidade e exposição diferenciada a situações de risco.

A orientação de cuidadores integra o conjunto de ações da unidade. Tanto os próprios usuários como os cuidadores devem ser orientados quanto às ações básicas de reabilitação, com vistas a favorecer a inclusão social, como, por exemplo, em relação à mobilidade e prevenção de deformidades, entre outros.

As atividades com as PCD, com as famílias e na comunidade, devem buscar romper com estigmas vinculados ao estereótipo de incapacidade, que reforçam a condição de maior dependência e contribuem para o agravamento da vulnerabilidade social.

A equipe do NASF, ou equipe de apoio, deve dar suporte técnico para a equipe da unidade e ter papel complementar na avaliação e orientação dos diferentes casos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa com deficiência**. Brasília, 2010. 24 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Ações na atenção à saúde do trabalhador

(Questão 86)

Padrão Adotado

Em relação à saúde do trabalhador, a unidade deve: identificar e acompanhar a relação entre a saúde e as atividades laborais; promover ações de educação em saúde do trabalhador, com atenção para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; solicitar, à empresa, a emissão de CAT, preenchendo laudo médico, quando necessário; realizar ações de vigilância, com atenção ao trabalho infantil, além de outras medidas, como a notificação de agravos relacionados ao trabalho.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2012) define os princípios, diretrizes e estratégias a serem desenvolvidas pelo SUS em relação à atenção integral à saúde do trabalhador, em todas as esferas de governo. Para efeito dessa política, são considerados trabalhadores todos os que realizam atividade laboral independente de: sexo; idade; localização urbana ou rural; forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal; ou vínculo empregatício, público, privado, assalariado, autônomo, avulso, doméstico, aprendiz, estagiário. É importante que se reconheça a categoria trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença de indivíduos e coletividades.

Compete, aos serviços de Atenção Básica, conhecerem as atividades produtivas de seu território e identificarem o perfil ocupacional da população, de modo a reconhecerem potenciais riscos e impactos sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, e, assim, subsidiarem ações educativas para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

A atividade laboral dos usuários deve ser caracterizada para que se tenham elementos que permitam identificar agravos relacionados ao trabalho. Merece atenção o adequado acolhimento e investigação de demandas para afastamento do trabalho por meio de licenças de saúde, sem que se realizem pré-julgamentos sobre o trabalhador, e sim, procurando reconhecer as condições de trabalho e situações de risco, e a presença de possíveis agravos relacionados ao trabalho.

Ganha destaque a vigilância em relação ao trabalho infantil e a situações análogas ao trabalho escravo, para que se possa contribuir para erradicação dessas situações.

As unidades devem notificar os agravos relacionados ao trabalho no SINAN e no SISAB ou sistema de informações em uso. Compete, também, à Atenção Básica a emissão de relatórios e atestados, inclusive, o laudo médico da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos pertinentes. A solicitação da emissão da CAT pelas empresas facilita o reconhecimento do agravo pela Previdência, para acesso aos benefícios previdenciários.

A condução clínica dos casos deve ser realizada na própria unidade (diagnóstico, tratamento e alta) para casos de menor complexidade, ou, para casos de maior complexidade, encami-

nhados para serviços especializados ou de reabilitação. A investigação donexo causal, quando necessário, pode ser solicitada ao CEREST, ou à equipe de Vigilância do município, ou, ainda, ao auditor fiscal do Ministério do Trabalho.

Para uma atenção integral à saúde do trabalhador, é importante que a equipe conte com o apoio e formação permanente do NASF e do CEREST, e/ou equipe responsável pelo matriciamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, 2002. (Caderno de Atenção Básica, n. 5). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Ações em caso de acidentes de trabalho com material biológico **(Questão 87)**

Padrão Adotado

Nos casos de acidente profissional com material biológico, a unidade deve: orientar os acidentados, fazendo avaliação de risco e quimioprofilaxia, se indicada; realizar testes rápidos e/ou sorologia (HIV e Hepatites virais) tanto no usuário fonte como no profissional acidentado; realizar profilaxia pós-exposição (PEP) até 72h (conforme a avaliação de risco); notificar o acidente de trabalho por meio de abertura de CAT e fazer notificação à vigilância epidemiológica (SINAN).

Os acidentes com exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado são relatados com grande frequência entre profissionais de serviços de saúde. São acidentes

capazes de transmitir um grande número de patógenos, com destaque para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e os das hepatites B e C.

Para evitar o sub-registro, deve-se considerar como caso todo acidente de trabalho envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos potencialmente contaminados.

Os cuidados imediatos após a exposição devem ser: a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão, nos casos de exposições percutâneas ou cutâneas; ou, nas exposições de mucosas, lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica. O profissional acidentado deve receber orientação e acompanhamento na realização dos exames e providências cabíveis a cada caso. Além disso, aconselha-se que o serviço mantenha o seguimento dos acidentados com risco de contaminação por, no mínimo, seis meses.

Para avaliação de risco do acidente, deve-se: 1) reconhecer o **material biológico envolvido** – sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico); diferenciando de fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminados com sangue; 2) caracterizar o **tipo de acidente** – perfurocortante, contato com mucosa, contato com pele com solução de continuidade; 3) caracterizar o **perfil da fonte** – se pessoa comprovadamente infectada; ou exposta a situação de risco; ou se é fonte desconhecida, material biológico sem origem estabelecida.

Verificar o **status sorológico da fonte (origem do acidente)** quanto à infecção pelo HIV, hepatite B e hepatite C, no momento da ocorrência do acidente, verificando, no prontuário, se já existe confirmação anterior de exames positivos.

Em relação ao **status sorológico do acidentado**, verificar realização de vacinação para hepatite B, comprovar imunidade por meio do Anti-HBs, e realizar sorologia do acidentado para HIV, hepatite B e hepatite C. Essas medidas visam identificar infecção pregressa e permitir avaliar a ocorrência de conversão sorológica no seguimento após exposição.

A quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional (PEP) deve ser recomendada aos profissionais de saúde que sofreram exposições com risco significativo de contaminação pelo HIV. Consideram-se, como mais graves, os acidentes que envolvem maior volume de sangue e maior inóculo viral, ou seja, maior quantidade de vírus, como no caso de pacientes-fonte com infecção pelo AIV/aids em estágios avançados, sem tratamento regular ou com infecção aguda. Quando indicada, a PEP deverá ser iniciada o mais rápido possível, idealmente, nas primeiras horas após o acidente. Recomenda-se que o prazo máximo, para início de PEP, seja de até 72h após o acidente. A duração da quimioprofilaxia é de 28 dias.

Todos os casos de acidente com material biológico devem ser comunicados ao INSS por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e, ao Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Além disso, a unidade deve identificar as condições que favoreceram a ocorrência do acidente, de modo a ter elementos para discutir com os profissionais da equipe e com a CIPA, e estabelecer medidas de prevenção de novas ocorrências.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADORES:

Ações em casos de uso abusivo de álcool

(Questão 88)

Ações em casos de uso abusivo de outras drogas exceto álcool

(Questão 89)

Padrão Adotado

Em relação aos casos de uso abusivo de álcool e outras drogas, as unidades devem estar sensibilizadas para o reconhecimento dos casos de modo a realizarem orientações e acompanhamento na própria unidade, com construção de um projeto terapêutico singular (PTS), e propostas de redução de danos e Intervenção Breve.

Além disso, devem estar preparadas para a constituição de grupos de apoio aos usuários e familiares, incluindo ações de detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

O uso abusivo de álcool e outras drogas constitui um problema de saúde pública, tanto pela elevada frequência como pela transcendência desse agravo. É uma condição muito comum entre usuários das Unidades Básicas de Saúde, entretanto, nem sempre é valorizada pelos profissionais.

A detecção precoce é um importante fator para o sucesso do tratamento, tanto para o uso abusivo de álcool como de outras drogas, mas, para que isso ocorra, os profissionais precisam estar sensibilizados e preparados para uma abordagem adequada, sem pré-julgamentos morais.

Os usuários que fazem uso abusivo precisam ser reconhecidos em relação ao contexto sociocultural do território e em suas histórias e singularidades, para que se possa trabalhar tanto com as famílias e a comunidade como, para cada caso acolhido pela unidade, se estabeleça

uma relação de confiança e vínculo que permita a construção de um projeto terapêutico (PTS) apropriado às necessidades de cada sujeito.

Existem diferentes estratégias de abordagem para a prevenção do consumo de drogas, detecção precoce e a redução dos danos associados ao consumo, e para a superação do consumo. Os diferentes profissionais, tanto médicos, como enfermeiros, dentistas, técnicos e agentes comunitários, podem ser capacitados na abordagem e acolhimento, para a identificação de condições de risco e formas de relação com o uso de álcool e outras drogas. A aplicação de instrumentos, como o AUDIT ou o ASSIST, permite uma aproximação do problema e do padrão de consumo de álcool (AUDIT) ou de álcool e outras drogas (ASSIST), orientando o desenvolvimento de abordagens adequadas e viáveis para serem realizadas em unidades básicas, como as intervenções breves.

O apoio e suporte dos NASF, ou de equipe multiprofissional e/ou serviços especializados da rede de apoio psicossocial, são essenciais para a educação permanente da equipe das unidades básicas. Nos casos de evolução de uso abusivo para dependência de substâncias psicoativas, deve-se avaliar a necessidade do encaminhamento para serviços especializados, como: CAPS, CAPS ad e Alcoólicos Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA). Mesmo nestes casos, deve-se manter o acompanhamento do usuário e apoio à família na própria unidade, de modo articulado às orientações do serviço de referência.

Referências

BRASIL. Ministério da Justiça. **Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**. Módulo 3. 9. ed. Brasília, 2016. 70 p. Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod3.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Intervenção breve**. Módulo 4. 9. ed. Brasília, 2016. 118 p. Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod4.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=N9PECeXH%2FGk%3D>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/cidadania-assistencia-e-inclusao-social/prevencao-asdrogas/politica_do_ministerio_da_saude_para_atencao_integral_a_usuarios_de_alcool_outras_drogas.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Ações na atenção às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental
(Questão 90)

Padrão Adotado

O cuidado de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental deve ser feito a partir: da construção de projetos terapêuticos singulares, da oferta de grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos, e com a orientação de cuidadores e familiares, com apoio e suporte de discussões dos casos com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional. A unidade também deve estar atenta à detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência, além da oferta de outras ações de cuidado.

A saúde mental não está dissociada da saúde como um todo e está presente no conjunto das demandas que se colocam no dia a dia das unidades. De um modo geral, as pessoas procuram as unidades básicas porque apresentam algum sofrimento, que pode ou não estar associado ou ser caracterizado como uma doença, mas que define a busca por ajuda e a necessidade de cuidado. Cabe às equipes reconhecerem e abordarem essas necessidades de saúde como parte de uma atenção integral, atuando de modo integrado à rede de cuidados, mas assumindo sua competência por meio do uso de tecnologias de cuidado disponíveis para a atenção primária.

As condições de sofrimento psíquico precisam ser acolhidas e compreendidas dentro do contexto de saúde do indivíduo e da comunidade em que vive, o que se coloca para o conjunto dos usuários, para os quais a escuta ampliada, a construção de vínculo e de projetos de cuidado compartilhados representam medidas terapêuticas de grande importância e que poderão, ou não, desdobrar-se na necessidade de outros tipos de abordagem.

O projeto terapêutico singular (PTS) é uma estratégia de cuidado construída pela equipe multidisciplinar e que leva em conta: as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido. É importante estabelecer critérios de seleção dos casos que requerem a construção de um PTS, devendo-se priorizar os casos mais difíceis e de maior complexidade, que exigem maior articulação da equipe, e quando necessitam a ativação da rede de apoio comunitário ou de outros serviços de Saúde ou instituições intersetoriais.

A Atenção Básica deve integrar a rede de atenção psicossocial, tendo importante papel: no diagnóstico precoce, início rápido do tratamento, manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial para os quadros de psicose. Mesmo os pacientes acompanhados por serviços especializados (como os CAPS), devem continuar sendo acompanhados pela rede básica de Saúde, já que, além de demandas psiquiátricas e psíquicas, esse usuário precisa continuar sendo continuamente assistido no conjunto de suas necessidades de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Controle do uso crônico de benzodiazepínicos

(Questão 91)

Padrão Adotado

Os casos em uso contínuo de benzodiazepínicos devem ser reavaliados periodicamente pelo médico e equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento, a partir de registros informatizados ou em livro de registro de controle de dispensação de medicações psicotrópicas de uso contínuo.

Os medicamentos classificados como benzodiazepínicos são muito utilizados devido ao rápido início de ação e por apresentarem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos. Porém, seu uso continuado leva à necessidade de doses cada vez maiores (para manutenção de efeitos terapêuticos) e à dependência (com recaída de sintomas após suspensão abrupta do uso), além de provocar déficits cognitivos, como a perda de atenção. Espera-se que um serviço de qualidade resguarde, ao máximo, o uso dos benzodiazepínicos, indicando outros tipos de medicamento; e quando seu uso se fizer extremamente necessário, deve-se estipular, logo no início do seu uso, um prazo limite de algumas semanas, negociando com o usuário sua redução gradual. Nos casos em que não for possível a suspensão total do medicamento, é importante que o médico que prescreveu o medicamento, juntamente com a equipe de Saúde, repense a relação do usuário com o “remédio”, compartilhando com o usuário a responsabilidade pelo enfrentamento do uso crônico deste medicamento (Q94).

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

II. 3 SEGUIMENTO PROGRAMÁTICO

O seguimento programático refere-se às ações planejadas dirigidas a segmentos específicos definidos pelas especificidades de cuidados e medidas técnico-assistenciais que exigem. Os indicadores foram agrupados em quatro subdomínios: Saúde da Mulher; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa, e Saúde Bucal. Procurou-se, em cada um, concentrar indicadores que representem a organização de ações que articulam o cuidado individual à perspectiva sanitária de atenção ao coletivo a que se dirige cada ação programada. Parte-se do pressuposto de que o princípio da integralidade requer, a um só tempo: a integração de serviços em rede, o cuidado integral a cada sujeito em sua individualidade, e, de modo articulado a essas duas dimensões, a integração orgânica entre as ações individuais e coletivas.

II.3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher está entre as ações mais tradicionalmente abordadas pelas políticas públicas no país, e tem, nas políticas de atenção integral à saúde da mulher do Sistema Único de Saúde, o reconhecimento de sua prioridade nos serviços, por meio de ações ampliadas, humanizadas e qualificadas, que garantam seus direitos, e colaborem com a redução de morbimortalidades. Nesse sentido, os serviços precisam estar organizados para acolherem as necessidades de saúde das mulheres dentro de sua diversidade, favorecendo a construção da autonomia e do exercício dos direitos sociais por meio de um cuidado integral à saúde.

Espera-se, assim, que o princípio da integralidade oriente a oferta das ações mais tradicionais, como aquelas direcionadas ao pré-natal, puerpério e planejamento reprodutivo, como permitam não só que se renovem as ações tradicionais como, também, se amplie a abordagem para temas como: direitos reprodutivos, climatério, sexualidade, orientação sexual ou situações de violência, entre outros, que permeiam o conjunto da atenção à saúde da mulher.

Ao mesmo tempo, cada ação programada representa um conjunto de normas e procedimentos elaborados a partir de conhecimentos sobre o coletivo, como a epidemiologia e as ciências sociais, de cuja aplicação se espera impacto na prevenção e/ou controle de doenças e agravos na população. Em outras palavras, espera-se que a qualidade das ações realizadas contribua para a redução de: mortes maternas, óbitos fetais, sífilis congênita, mortalidade por câncer de colo uterino, agravos por violência de gênero, etc., como resultados de base populacional das ações implementadas.

Quadro 12. Dimensão Gestão da atenção à saúde. Indicadores de Atenção à saúde da mulher.

QualiAB 2016

SUBDIMENSÃO	QUESTÕES	INDICADORES
Saúde da Mulher (18)	32	Ações de atenção à saúde da mulher
	33	Critérios para coleta de Papanicolaou
	34	Estratégias de estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama
	35	Critérios de solicitação de mamografia
	36	Comunicação do resultado do teste de gravidez
	37	Proporção de gestantes com início do Pré-natal no primeiro trimestre
	38	Rotinas de seguimento do Pré-natal de baixo risco
	39	Exames solicitados no Pré-natal de baixo risco
	40	Ações de rotina durante o Pré-natal
	42	Estratégias de educação em saúde para gestantes
	43	Ações nos casos de gestação de alto risco
	44	Estratégias para o tratamento de gestantes com sífilis
	45	Pré-natal de gestantes com HIV
	46	Ações desenvolvidas no puerpério imediato
	47	Ações desenvolvidas no puerpério tardio
	48	Casos de sífilis congênita nos últimos três anos
	49	Estratégias para detecção de situações de violência contra a mulher
	50	Ações em casos de mulheres em situação de violência

INDICADOR: Ações de atenção à saúde da mulher**(Questão 32)****Padrão Adotado**

Além de ações mais tradicionais, como pré-natal, coleta de Papanicolaou, planejamento ou atenção ginecológica, devem integrar a atenção à saúde da mulher: ações de prevenção, diagnóstico e acompanhamento de DST, HIV e hepatites virais; tratamento das DST, e diagnóstico e acompanhamento de situações de violência.

A maior diversidade de ações oferecidas com regularidade na atenção à saúde da mulher contribui para que as mulheres reconheçam a unidade básica de saúde como local de acolhimento e orientação para um conjunto diversificado de necessidades. A oferta regular requer uma oferta programada com base no reconhecimento das demandas mais frequentes na comunidade e na definição dos recursos necessários, especialmente, em relação à sensibilização e capacitação técnica da equipe.

Vale destacar a importância de uma escuta ampliada para temas transversais que podem emergir no atendimento a diferentes situações programáticas, como questões relativas à sexualidade ou violência doméstica, por exemplo, que podem se colocar durante o acompanhamento do pré-natal, entre tantas outras situações ou temáticas para as quais a equipe precisa estar atenta e preparada para ouvir e orientar, qualificando, de forma diferenciada, o atendimento e ampliando a capacidade de resposta.

A implantação e utilização dos protocolos previstos para a atenção a cada uma das condições programáticas devem qualificar tecnicamente as ações realizadas. Simultaneamente, deve-se reconhecer que as diferentes necessidades de saúde coexistem e podem ganhar expressão em diferentes momentos do atendimento, devendo-se, por isso, estar atento para que não sejam abordadas de modo esquemático e limitadas pelo recorte definido em cada protocolo específico.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Critérios para coleta de Papanicolaou **(Questão 33)**

Padrão Adotado

A coleta do exame de Papanicolaou, como medida de rastreamento, deve ser feita a cada três anos para todas as mulheres com idade entre 25-64 anos, residentes na área de cobertura, a partir de um histórico de dois exames anteriores normais.

O câncer de colo de útero, ou câncer cervical, apresenta grande potencial de cura quando diagnosticado precocemente. A coleta periódica do exame citopatológico (ou exame de Pa-

panicolaou) na faixa etária de maior risco – 25 a 64 anos – é uma estratégia de rastreamento, ou seja, tem a finalidade de diagnóstico precoce e impacto na redução da incidência e mortalidade por essa neoplasia. Para que essa finalidade se cumpra, é necessário atingir uma elevada cobertura, o que significa que cada unidade básica deve realizar o rastreamento de mais de 80% das mulheres, com vida sexual ativa, residentes em sua área de abrangência, dentro dos critérios preconizados.

A definição da faixa etária baseia-se em diversos estudos que indicam que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade. A periodicidade do exame – a cada três anos após três exames normais – é considerada segura, de acordo com diversos estudos e com base na história natural do câncer do colo do útero, em geral de evolução lenta.

De acordo com critérios clínicos, caso a caso, o exame pode ser realizado em mulheres com vida sexual ativa sem restrições de faixa etária, devendo-se ter clareza de sua ineficiência como medida de rastreamento, respondendo, nesses casos, a outras demandas e necessidades. As mulheres que nunca tiveram relacionamento sexual não correm risco por não terem sido expostas a infecções por tipos oncogênicos de HPV.

O grande desafio para a redução do número de casos de câncer de colo invasivo e da mortalidade por essa causa é a ampliação da cobertura. Nesse sentido, espera-se que os serviços substituam o uso indiscriminado do rastreamento, que tende a resultar num grupo restrito de mulheres “super-rastreadas” e noutro grupo maior de mulheres sem acesso, por um rastreamento ativo e criterioso, que tenha como meta ideal uma cobertura de 100% das mulheres que se encaixem nos critérios preconizados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio_2016_3.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Estratégias de estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama
(Questão 34)

Padrão Adotado

Deve-se realizar exame clínico de mamas **sempre** que houver queixas da paciente em relação à mama. Além disso, deve-se investir na capacitação técnica de médicos e enfermeiras para acolhimento e exame clínico de todas as mulheres com queixas, e na divulgação dos sinais de alerta para o conjunto das usuárias e população em geral.

INDICADOR: Critérios de solicitação de mamografia para rastreamento de câncer de mama
(Questão 35)

Padrão Adotado

Para usuárias sem queixa, sem fatores de risco ou alteração do exame físico, deve-se solicitar mamografia a cada 2 anos, entre 50 e 69 anos de idade, com a finalidade de rastreamento e diagnóstico precoce. A mamografia também está indicada, a partir de avaliação clínica individualizada, para as mulheres com risco elevado de câncer.

Dados epidemiológicos apontam que o câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. As estratégias recomendadas para detecção precoce do câncer de mama são: investigação clínica de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença; e rastreamento por meio de mamografia na população assintomática, aparentemente saudável, na faixa etária de maior risco para o desenvolvimento dessa doença na população em geral, entre 50 e 69 anos. O rastreamento é realizado com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir daí, encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento. O diagnóstico precoce amplia as chances de tratamentos resolutivos com cura da doença.

Destaca-se a importância da difusão dos sinais e sintomas do câncer de mama, entre a população feminina e os profissionais de saúde, de modo a permitir o reconhecimento precoce dos sinais de alerta, com busca oportuna e acesso rápido aos serviços de saúde.

Apesar da relevância que já foi atribuída ao exame clínico de mama (ECM) e ao estímulo e orientação ao autoexame, estes não apresentam sensibilidade e especificidade como exames

de rastreamento, ou seja, para diagnóstico precoce na ausência de queixas e sintomas. Nesse sentido, o ECM deve ser utilizado como parte inicial da investigação sempre que houver queixas, ou, ainda, como parte do exame clínico geral, dentro dos limites apontados.

Somente 5% dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com alto risco para o desenvolvimento dessa neoplasia. O risco elevado inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

A prevenção do câncer de mama baseia-se, atualmente, em três pilares:

- Mulheres mobilizadas e informadas sobre o câncer de mama.
- Profissionais capacitados e atuantes no diagnóstico das lesões mamárias suspeitas de câncer e nas ações de rastreamento.
- Rede assistencial preparada para diagnosticar e tratar as lesões identificadas em prazo adequado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Controle do câncer de mama**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama>. Acesso em: 14 dez. 2016.

Mais informações sobre Câncer de mama podem ser encontradas no site do INCA:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>

INDICADOR: Comunicação do resultado do teste de gravidez

(Questão 36)

Padrão Adotado

A abordagem de uma suspeita de gravidez deve sempre identificar se a gravidez é ou não desejada, de modo a acolher e orientar adequadamente o resultado do exame e os encaminhamentos necessários.

A atenção às mulheres com suspeita de gravidez deve ser feita a partir de uma escuta ampliada que considere como questão inicial: a identificação do contexto em que se dá essa possível gestação, ou seja, quanto é ou não desejada, se foi planejada, se conta com o apoio do parceiro, entre outros aspectos que irão orientar os cuidados necessários a partir do resultado, se positivo ou negativo.

Em caso de resultado positivo, a comunicação do resultado deve considerar os aspectos levantados para orientação e acolhimentos adequados a cada caso. O profissional responsável deve estar preparado para promover um espaço de escuta, sem pré-julgamentos, com a acolhida de dúvidas, e incluindo (se este for o desejo da mulher) parceiros ou familiares. Esse primeiro atendimento inclui o agendamento para seguimento e a solicitação dos exames protocolares previstos, a partir de consentimento e explicação sobre o significado de cada exame.

Os casos de gravidez não desejada necessitam de atenção diferenciada e adequada a cada caso, sem o automatismo da simples aplicação do protocolo de um pré-natal de baixo risco. Gestações decorrentes de violência sexual requerem preparo da equipe e envolvimento de equipe multiprofissional capaz de acompanhar o caso e dar suporte psicossocial à paciente, que possui direito legal de interromper a gestação caso queira.

Em caso de resultado negativo, as questões de contexto psicossocial e familiar também são importantes, para orientações adequadas para a concepção ou contracepção e prevenção de DST, conforme o caso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

**INDICADOR: Proporção de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre
(Questão 37)**

Padrão Adotado

Valoriza-se que 90% ou mais das gestantes em seguimento tenham iniciado o pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

A captação de gestantes para acompanhamento pré-natal a partir do primeiro trimestre é importante para o diagnóstico precoce de alterações e condições de risco e vulnerabilidades que exijam medidas de intervenção e cuidado diferenciados, com impacto sobre a saúde da gestante e do feto.

A captação, com identificação do caso e vínculo com a gestante, se dá a partir do diagnóstico de gravidez feito na própria unidade, ou a partir das visitas domiciliares de rotina dos agentes comunitários. Assim, a maior proporção de gestantes iniciando o pré-natal no primeiro trimestre gestacional demonstra que o serviço encontra-se organizado para captar as gestantes de sua área de cobertura, e proporcionar o início oportuno do acompanhamento ao pré-natal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Rotinas de seguimento do pré-natal de baixo risco

(Questão 38)

Padrão Adotado

As ações de rotina realizadas no pré-natal de baixo risco devem incluir: um primeiro atendimento no mesmo dia do teste positivo para gravidez, feito por profissional de enfermagem; a realização de 6 consultas ou mais; e consultas semanais no último mês de gestação (entre 36ª e 41ª semanas); além de outras medidas, como registro adequado na carteira da gestante, entre outras.

INDICADOR: Exames solicitados no pré-natal de baixo risco

(Questão 39)

Padrão Adotado

A solicitação de exames no pré-natal deve seguir o protocolo para diagnóstico precoce de condições e intercorrências mais frequentes, de acordo com o preconizado para cada trimestre. No **primeiro trimestre**: ultrassom obstétrico, tipagem sanguínea e fator Rh, e Papanicolaou (se indicado). No **primeiro e terceiro trimestres**: urina I, urocultura, hemograma ou eritrograma (Hb e Ht), glicemia de jejum, e as sorologias para sífilis, HIV, rubéola, toxoplasmose e hepatites virais (B e C). No **segundo trimestre**: teste de intolerância à glicose. No **segundo e terceiro trimestres**: teste rápido de proteinúria. No **terceiro trimestre**: bacterioscopia de secreção vaginal. **Nos três trimestres**: Coombs indireto, caso Rh negativo.

O primeiro atendimento da gestante se dá a partir do teste de gravidez positivo, com acolhimento e orientações sobre a gestação e a proposta de seguimento pré-natal, em geral, realizado por profissional de enfermagem, técnico ou enfermeiro. O seguimento pode se dar com atendimentos intercalados entre médicos e enfermeiros, incluindo atendimentos individuais e em grupo.

Embora o número de consultas, isoladamente, não garanta a qualidade do acompanhamento pré-natal, espera-se a realização de, no mínimo, 6 (seis) consultas. Esse número tende a ser maior se considerarmos o início no primeiro trimestre, o seguimento regular e o maior número de atendimentos ao final do período gestacional, respeitando o seguinte calendário:

até 28ª semana (mensalmente); da 28ª até a 36ª semana (quinzenalmente); e da 36ª até a 41ª semana (semanalmente).

O preenchimento cuidadoso do Cartão da Gestante garante à mulher o acesso imediato aos dados clínicos de sua gestação sempre que precise, inclusive, na eventualidade de intercorrências que a levem a procurar outro serviço de saúde.

Os exames preconizados como parte da rotina do pré-natal têm por finalidade a identificação precoce de condições de risco para a mãe e/ou para o feto, cujo diagnóstico possibilita a instauração de medidas terapêuticas e de cuidado adequados. Importante lembrar que, em áreas endêmicas de malária, é essencial que a Unidade realize o exame de gota espessa em todas as consultas de pré-natal.

Destaca-se ainda que, caso a gestação se prolongue até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante, mesmo na ausência de trabalho de parto, para monitoramento fetal e avaliação do líquido amniótico, para identificação de condições de maturidade e sofrimento fetal que possam indicar a necessidade de interrupção da gravidez. O acompanhamento da gestante só será encerrado após o 42º dia pós-parto, quando se encerra o puerpério.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Ações de rotina durante o pré-natal

(Questão 40)

Padrão Adotado

As ações de rotina no pré-natal devem contemplar: avaliação das condições de trabalho das gestantes; inclusão do(a) parceiro(a); prevenção de transmissão vertical de DST e aids; orientação sobre indicações e contraindicações de uso de medicamentos na gravidez; orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e outras drogas; orientações sobre parto normal e humanizado; identificação de gestantes de alto risco; atividades em grupos educativos, entre outras rotinas bem estabelecidas como: cartão da gestante, ficha de pré-natal, orientações nutricionais, vacinação e incentivo ao aleitamento materno.

INDICADOR: Estratégias de educação em saúde para gestantes

(Questão 42)

Padrão Adotado

Valoriza-se a realização de grupos periódicos que envolvam tanto as gestantes como seus parceiros e familiares, além da organização de visitas prévias à maternidade.

INDICADOR: Ações nos casos de gestação de alto risco

(Questão 43)

Padrão Adotado

Espera-se que o serviço encaminhe as gestações de alto risco para serviços de referência e mantenha o acompanhamento na própria Unidade.

A atenção ao pré-natal deve procurar envolver o casal de modo a estimular a participação conjunta no desenvolvimento da gestação e no adequado acolhimento da criança. As condições de vida e trabalho, ao lado das características da dinâmica familiar, definem o contexto de maior ou menor vulnerabilidade da gestante aos agravos mais frequentes e de maior relevância para sua saúde e a do feto, assim como, interferem nas condições em que se darão as ações de prevenção e cuidado.

Ações educativas em grupo propiciam levantamentos de dúvidas e trocas de experiências, que abrem espaço para temáticas como: risco de transmissão vertical das DST, AIDS e hepatites virais; repercussões do uso de álcool, outras drogas e tabagismo; uso de medicamentos, entre outros.

Na atenção individual, deve-se estar atento para a identificação de condições de risco durante toda a gestação, com destaque para o acompanhamento clínico: do desenvolvimento fetal; do peso e níveis pressóricos da mãe; dos exames de rotina que permitem diagnósticos precoces de intercorrências, como infecções urinárias assintomáticas, incompatibilidade sanguínea, em mães Rh negativo, e alterações nas sorologias, entre outras. O registro em prontuário em ficha de pré-natal, no sistema de informação, e no cartão da gestante, permite monitorar o seguimento e tomar medidas precoces que evitem intercorrências mais graves.

Por outro lado, é importante a identificação das gestantes de alto risco que podem se beneficiar do acompanhamento em serviços de referência, com maior densidade tecnológica. Incluem gestantes com: fatores de risco preexistentes, como cardiopatias, nefropatias, diabe-

tes, entre outras; história reprodutiva anterior com intercorrências, como doença hipertensiva da gestação com mal desfecho obstétrico, abortamentos de repetição, óbito fetal ou perinatal de causa desconhecida; ou, ainda, condições que se instalaram na gestação atual, como oligo ou polidrâmnio, gemelaridade, distúrbios hipertensivos da gestação, entre outros. Deve-se manter o contato regular com as gestantes encaminhadas para o pré-natal em serviços de referência, mantendo-se o vínculo e a oferta de atendimento.

Destaca-se, nas áreas endêmicas de malária, que a Unidade realize orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de malária e dispensação de medicamento e acompanhamento da adesão ao tratamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <https://www3.fmb.unesp.br/emv/pluginfile.php/1615/mod_resource/content/9/pre%20natal%20e%20puerperio.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Estratégias para o tratamento de gestante com sífilis

(Questão 44)

Padrão Adotado

As gestantes com sífilis e seu(s) parceiro(s) devem ser tratados com penicilina benzatina na própria Unidade.

INDICADOR: Casos de sífilis congênita nos últimos três anos

(Questão 48)

Padrão Adotado

Espera-se que não ocorram casos de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram o acompanhamento do pré-natal na Unidade.

Considerado um dos mais graves desfechos adversos preveníveis na gestação, a sífilis congênita pode apresentar consequências severas como: abortamento, manifestações congênitas e até a morte do recém-nascido. Apesar do aumento da incidência em todo país, espera-se que um serviço de qualidade não apresente a ocorrência de casos entre as gestantes que realizaram o pré-natal. Em função do caráter sistêmico e curável da sífilis, de fácil detecção e tratamento, é desejável que todos os profissionais de saúde estejam aptos a: reconhecerem as manifestações clínicas, interpretar os resultados dos exames laboratoriais, e realizarem a instituição e acompanhamento correto do tratamento, tanto da gestante, como de seu parceiro.

Visando impedir a infecção congênita, espera-se que a Unidade de Saúde garanta o tratamento da sífilis, tanto para a gestante como para o parceiro, ofertando e orientando a ambos sobre a gravidade do não tratamento ou de sua reinfecção antes do parto. O encaminhamento para tratamento em outro serviço consiste numa barreira de acesso que pode retardar o início ou provocar a interrupção do tratamento.

No caso de gestantes com sífilis não tratada, a transmissão para o feto pode ocorrer em qualquer fase da gravidez ou na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação.

A aplicação da penicilina benzatina é o único tratamento indicado para casos de sífilis em gestantes, por ser a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, assim, trata também o feto. As gestantes com alergia comprovada à penicilina devem ser encaminhadas para centros de referência para dessensibilização e posterior tratamento com penicilina.

A ocorrência de casos de sífilis congênita entre gestantes que fizeram pré-natal na unidade sempre requer investigação, ou seja, revisão e estudo do caso para identificação de quais foram os problemas e se houve falhas no acompanhamento do pré-natal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_15_08_pdf_22990.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: pré-natal de gestantes com HIV **(Questão 45)**

Padrão Adotado

Valoriza-se o serviço que mantém, simultaneamente, o acompanhamento da gestante na própria Unidade e no serviço de referência.

A gestante com sorologia positiva para HIV deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo com a unidade básica, local provável do diagnóstico e referência mais imediata para acolhimento.

O teste para o HIV é oferecido no primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal na Unidade Básica de Saúde, e, caso negativo, repetido no início do terceiro trimestre. Caso este seja positivo, realiza-se o aconselhamento pós-teste, orientando a gestante sobre: o diagnóstico, o risco de transmissão para o feto ou para o recém-nascido, a importância de usar antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical e evitar a amamentação. Os casos devem ser notificados e ser solicitada a contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral da gestante, referenciando-a para acompanhamento em serviço de referência, mas mantendo seguimento simultâneo na Unidade Básica de Saúde, conforme fluxo estabelecido em cada região.

A manutenção do acompanhamento na Unidade Básica de Saúde garante a manutenção do vínculo e a maior proximidade para suporte clínico e psicossocial por meio de: consultas médicas, visitas domiciliares, atividades em grupos educativos, além de busca ativa das faltosas, quando necessário.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O manejo da infecção pelo HIV na atenção básica: manual para profissionais médicos**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58663/manejo_da_infeccao_manual_para_medicos_pdf_17112.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_15_08_pdf_22990.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Ações desenvolvidas no puerpério imediato **(Questão 46)**

Padrão Adotado

No atendimento ao puerpério imediato (até 10 dias pós-parto), devem ser abordadas: as condições psicoemocionais, sociofamiliares (como rede de apoio, trabalho), com esclarecimentos sobre atividade sexual e contracepção, direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas, além da avaliação da evolução e histórico do parto e orientações sobre aleitamento. Deve-se orientar o atendimento de rotina do recém-nascido (como exames e vacinação), e deixar agendado o retorno no puerpério tardio.

INDICADOR: Ações desenvolvidas no puerpério tardio

(Questão 47)

Padrão Adotado

No puerpério tardio, devem-se avaliar as condições emocionais, com atenção para a existência de sinais de sofrimento mental relacionados ao puerpério; avaliar o aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas); as condições sociofamiliares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN), além de oferecer orientações sobre os direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas, ao lado da identificação de intercorrências e orientações sobre o planejamento reprodutivo.

O puerpério é o período que se inicia após o nascimento e tem um término imprevisível, pois inclui o período de aleitamento. Com fins didáticos e considerando as diferentes necessidades e fatores de risco para morbimortalidade materna e infantil, o puerpério é dividido em: “puerpério imediato”, do 1º dia após o parto até o 10º dia; “puerpério tardio”, que vai do 11º ao 45º dia, e “puerpério remoto”, que se inicia após o 45º dia do parto.

O primeiro atendimento à mulher após o parto deve ocorrer durante o puerpério imediato. Por ser um período de muita mudança na vida da mulher, e seu primeiro contato com o serviço de saúde após o parto, apresenta-se como um importante espaço de escuta e acolhida, podendo contar com o envolvimento do parceiro e familiares (se a mulher desejar). Deve-se estar atento às condições psíquicas e sociais, e à identificação de intercorrências clínicas; acolher dúvidas, frustrações e expectativas; além de orientar em relação ao aleitamento materno, planejamento reprodutivo e contracepção durante este período, e sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas. A orientação dos cuidados com o recém-nascido (RN) também tem grande importância nesse período, devendo-se encaminhar para vacinação, exames de rotina e início da puericultura.

No puerpério tardio, valoriza-se a abordagem da experiência do primeiro mês, reavaliando as condições de saúde da mulher e do RN, retomando os aspectos já abordados no puerpério imediato.

Os atendimentos no puerpério imediato e tardio devem ser planejados e estar previstos como parte do seguimento do pré-natal. Cada serviço deve utilizar das melhores estratégias disponíveis, agendando o puerpério na UBS a partir da alta da maternidade, fazendo visitas domiciliares ou deixando agendado na última consulta pré-parto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Estratégias para detecção de situações de violência contra a mulher (Questão 49)

Padrão Adotado

As equipes das Unidades Básicas de Saúde devem estar sensibilizadas e capacitadas para identificação de casos, utilizar protocolos de atendimento e realizar discussões de caso em equipe.

INDICADOR: Ações em casos de mulheres em situação de violência (Questão 50)

Padrão Adotado

As unidades devem oferecer acompanhamento às mulheres em situação de violência, individual (conforme protocolo) ou em grupo, com equipe multiprofissional, além de medidas de notificação e encaminhamento a serviços de referência.

Violência contra a mulher pode ser definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 2016, p. 213). Embora frequente, é uma condição que tende a estar envolvida por um grande silêncio social e uma aparente invisibilidade para os serviços de saúde.

As equipes precisam estar preparadas para que reconheçam a violência de gênero como um problema que deve ser abordado pelas unidades básicas de saúde. É um agravio com determinantes complexos e que exigem uma rede de atenção de caráter multiprofissional e intersetorial, na qual as UBS devem estar inseridas, cumprindo um papel específico de acolhi-

mento e cuidado que pode abrir oportunidades de interrupção de processos de violência, em geral crônicos com momentos de agudização.

A identificação de mulheres em situação de violência pode ser realizada por meio da utilização de protocolos de atendimento, que procurem identificar situações já instauradas, antecipando-se a sua retradução em sintomas e/ou queixas físicas ou psicológicas. A livre declaração da mulher dificilmente ocorrerá se ela não reconhecer a unidade como um espaço de escuta e acolhimento legítimos e preparados.

Nos casos identificados, mesmo naqueles com necessidade de encaminhamento para serviço de referência, além da Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica e denúncia ao CRAS/CREAS ou autoridades policiais, a partir de consentimento da mulher, espera-se que o acompanhamento ocorra (simultaneamente) na própria Unidade de Saúde, garantindo, desta forma, a manutenção do vínculo com o serviço de saúde e a integralidade do cuidado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

II.3.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Embora as ações de atenção à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde (APS) estejam entre as mais tradicionais e bem estruturadas, continuam merecendo uma atenção especial em relação à qualidade e efetividade das ações realizadas. Persistem, ainda, indicadores de mau desempenho da assistência, como apontam as taxas de internações por causas evitáveis pela APS e o crescente número de afecções no período perinatal, como o aumento dos casos de sífilis congênita em todo o país.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), o SUS deve garantir atenção integral da gestação aos 15 anos, com ações adequadas às necessidades de cada período, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade e promover condições dignas de desenvolvimento e cidadania.

Em relação à adolescência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens prevê a atenção integral a adolescentes (entre 10 e 19 anos completos), seguindo parâmetros internacionais definidos pela OMS. A adolescência representa uma fase com vulnerabilidade diferenciada, marcada por transformações biopsicossociais que requerem acolhimento e orientações específicas. No entanto, a saúde do adolescente ainda não se coloca de modo prioritário para grande parte dos serviços de AB, e tende a não ter visibilidade nos processos de planejamento das ações intra e extramuros dos serviços de saúde.

Valorizam-se, na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, as atitudes acolhedoras e o estabelecimento do vínculo de confiança entre a equipe de saúde, a criança, o adolescente e sua família, de forma a atender os princípios éticos presentes no Sistema Único de Saúde.

O subdomínio “Atenção à saúde da criança e do adolescente” reúne indicadores que procuram avaliar a organização de ações voltadas a esse grupo, de modo a responder a suas especificidades, segundo orientações previstas na PNAISC.

Quadro 13. Dimensão Gestão da atenção à saúde. Indicadores de Atenção à saúde da criança e do adolescente. QualiAB 2016

SUBDIMENSÃO	QUESTÕES	INDICADORES
Saúde da Criança e do Adolescente (10)	51	Ações na atenção à criança
	52	Rotina do seguimento programático na atenção à criança
	53	Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido
	54	Ações desenvolvidas em instituições para crianças
	55	Diversidade de espaços na comunidade para atenção à criança
	56	Ações na atenção ao adolescente
	57	Diversidade de temas abordados na comunidade para atenção ao adolescente
	58	Diversidade de locais para ações de atenção ao adolescente
	59	Estratégias para detecção de violência contra crianças e adolescentes
	60	Ações em casos de crianças e adolescentes em situação de violência

INDICADOR: Ações na atenção à criança

(Questão 51)

Padrão Adotado

Valoriza-se a diversidade das ações desenvolvidas na atenção à saúde da criança, de modo a atender ao conjunto de necessidades dessa fase da vida, com destaque para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor; encaminhamento e acesso a banco de leite ou leite modificado, quando necessário; identificação e acompanhamento de casos de trabalho infantil e de crianças em situação de violência; orientações sobre sexualidade e educação sexual; e prevenção de acidentes; além de outras ações de rotina, como: avaliação do crescimento e da atenção aos agravos mais frequentes, registro em espelho da caderneta de saúde da criança no prontuário, entre outras.

INDICADOR: Rotina do seguimento programático na atenção à criança

(Questão 52)

Padrão Adotado

O atendimento de rotina da criança deve ser realizado conforme o calendário programado de consultas de um a 10 anos de idade, além de garantir os atendimentos eventuais não agendados.

As ações de atenção à saúde da criança devem ser planejadas de forma a oferecerem diversidade de ações, ou seja, realizarem um conjunto de abordagens que procurem cobrir diferentes necessidades, buscando garantir uma maior integralidade do cuidado, especialmente nas fases mais vulneráveis da infância.

Além de manter a qualidade das **ações mais tradicionais** – como avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, promoção do aleitamento e da alimentação saudável, e assistência aos agravos de maior prevalência –, recomenda-se a inclusão de ações de rastreamento, como: os testes indicados para recém-nascidos (pezinho, orelhinha, olhinho), prevenção de acidentes, vigilância a situações de violência e de trabalho infantil, entre outras. Todas as ações devem ser registradas tanto no prontuário como na caderneta da criança, de modo que tanto profissionais de saúde como a família e responsáveis tenham acesso aos dados de acompanhamento da saúde da criança.

O atendimento integral às crianças deve ter caráter multiprofissional, valorizando o trabalho interdisciplinar, não devendo se restringir a atendimentos individuais, mas valorizando, também, a participação dos responsáveis em atividades em grupo. As atividades programadas de rotina para o seguimento da criança devem contemplar o período de 0 a 120 meses, ou 10 anos, de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

INDICADOR: Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido (Questão 53)

Padrão Adotado

Valorizam-se serviços que realizem atendimento (por enfermeiro ou médico) durante a visita domiciliar logo na primeira semana após a alta do bebê. Alternativas, como agendar o primeiro atendimento de um recém-nascido durante visita do agente comunitário de saúde ou por intermédio dos serviços de saúde (maternidade, banco de Leite), possuem igual relevância.

Recomenda-se que a unidade assegure a precocidade do primeiro atendimento ao recém-nascido, para possibilitar a identificação de condições de risco e o desenvolvimento de atividades de prevenção de agravos à saúde da criança.

A garantia de sua realização logo na primeira semana, ou no “5º Dia de Saúde Integral”, apresenta-se como uma estratégia que impede a demora na procura por atendimento, aumentando o vínculo do serviço com a mãe. Permite o acolhimento de dúvidas; a orientação do aleitamento; a confirmação de ações que precisam ser realizadas precocemente, como os exames do pezinho, orelhinha e olhinho, e a aplicação da vacina BCG; esclarecendo a proposta de seguimento da criança na unidade, com a entrega da Caderneta da Criança, que deverá ser utilizada como um instrumento de registro do acompanhamento da criança até seus 10 anos de idade.

INDICADOR: Ações desenvolvidas em instituições para crianças

(Questão 54)

Padrão Adotado

As unidades básicas devem realizar ações de promoção e prevenção em instituições para crianças de sua área de abrangência, valorizando: a abordagem de orientações sobre alimentação saudável e prevenção da obesidade; avaliações de acuidade visual e auditiva; prevenção de acidentes; inclusão social e combate ao preconceito e ao trabalho infantil; sexualidade e educação sexual; cuidados com saúde e meio ambiente; entre outros.

INDICADOR: Diversidade de espaços na comunidade para atenção à criança

(Questão 55)

Padrão Adotado

As ações realizadas no território devem ser feitas preferencialmente em locais que permitam um maior contato com a comunidade, como creches, escolas, ou em reuniões em parceria com outros órgãos como o CRAS; além de centros esportivos ou culturais e espaços comunitários.

Para que ações de promoção e prevenção primária tenham alcance na comunidade é preciso sair da Unidade e atuar no território em espaços que agreguem o grupo com que se quer trabalhar. A ação intersetorial ganha importância com a necessária parceria com instituições de ensino, e de assistência social, entre outros.

A escolha das temáticas e ações prioritárias deve ser orientada pelo reconhecimento prévio da realidade de saúde da região e das condições de cuidado nas diferentes instituições. A realização de ações como vacinação, orientações sobre cuidados de higiene pessoal e bucal, prevenção de parasitoses, não deve ser negligenciada; mas a essas se devem somar ações de promoção e prevenção de dimensões psicossociais, como: sexualidade, combate ao preconceito, prostituição infantil, além de medidas específicas como avaliação de acuidade auditiva e visual.

Espaços de discussão direta com a comunidade mostram-se como espaços privilegiados para processos de educação em saúde dialogados e participativos.

INDICADOR: Ações na atenção ao adolescente

(Questão 56)

Padrão Adotado

Entre as ações realizadas de rotina na atenção aos adolescentes, valoriza-se a identificação e cuidado diferenciado de condições de maior vulnerabilidade, como: gestação, condições de saúde mental, adolescentes em situação de violência (vítima e autor), situações de agressividade e conflito com a lei, uso abusivo de álcool e drogas; além da oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais, entre outras.

INDICADOR: Diversidade de temas abordados na comunidade para atenção ao adolescente

(Questão 57)

Padrão Adotado

Entre os temas abordados para adolescentes em ações na comunidade, destacam-se: orientações sobre gravidez; prostituição; agressividade e conflito com a lei, comportamento e transtornos mentais, inclusão social e preconceito, saúde e meio ambiente, entre outros, como uso abusivo de álcool e outras drogas; sexualidade; e alimentação saudável.

INDICADOR: Diversidade de locais para ações de atenção ao adolescente

(Questão 58)

Padrão Adotado

Além das atividades desenvolvidas na própria unidade de saúde, valorizam-se ações realizadas em instituições que atendam adolescentes (escolas, centros esportivos, ONGs), além de reuniões promovidas por Programas Sociais (como a Ação Jovem) e espaços comunitários.

A atenção aos adolescentes deve se dar tanto em ações realizadas na unidade como em ações na comunidade, dadas as características desse grupo. A parceria tanto com setores que

trabalham com adolescentes – como educação, cultura, esporte, lazer e artes, entre outras – como com a comunidade organizada, além de ampliar a capacidade de escuta e de detecção e atuação em situações silenciadas na rotina dos serviços, favorece a integralidade do cuidado e amplia o alcance dos programas desenvolvidos no serviço.

As parcerias intersetoriais e as atividades extramuros são de fundamental importância, mas a elas devem se somar as ações mais específicas de atenção à saúde.

A Unidade Básica deve, em especial: garantir a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de ambos os sexos, incluindo o acesso a métodos contraceptivos; identificar condições de risco e vulnerabilidade mais frequentes nessa faixa, como drogadição e exposição a doenças sexualmente transmissíveis; e estar atenta a conflitos de identidade, de orientação sexual e a situações de violência, entre outras. Nesse espaço de atenção, pode-se fortalecer a rede de proteção social e a garantia de direitos dessa população.

É importante que as ações realizadas sejam planejadas conforme as necessidades, interesses e problemática de saúde da comunidade local, valorizando as ações de promoção e prevenção primária e secundária, de forma a oferecer maior quantidade e diversidade de ações programadas. Recomenda-se, ainda, que sejam utilizados recursos e linguagem apropriados, garantindo o envolvimento dos adolescentes, e possibilitando uma discussão conjunta que respeite as vivências e questões trazidas pelos participantes.

A oferta de ações em diferentes cenários, não restrita apenas ao atendimento individual e dentro da unidade de saúde, permite atingir um maior número de pessoas, ampliando o acesso ao serviço para além das demandas de quem procura o serviço.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata**. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

INDICADOR: Estratégias para detecção de violência contra crianças e adolescentes
(Questão 59)

Padrão Adotado

Valoriza-se a sensibilização e capacitação da equipe para: identificação dos casos, discussões de caso em equipe e realização de visita domiciliar, além da aplicação de protocolo de atendimento.

INDICADOR: Ações em casos de crianças e adolescentes em situação de violência
(Questão 60)

Padrão Adotado

Em relação aos casos identificados, valoriza-se que a equipe realize atendimento e acompanhamento multiprofissional de crianças e adolescentes e de seus familiares na unidade, com discussão e apoio do NASF ou serviço equivalente, além de encaminhamento e acompanhamento intersetorial conjunto com as demais instituições envolvidas na atenção a situações de violência.

A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública que deve ser acolhido e assistido por todos os serviços do Sistema Único de Saúde. Além da Notificação Compulsória dos casos referidos de situações de violência, ou seja, do reconhecimento e registro da violência por meio da livre declaração do usuário ou evidenciada por sintomas/queixas físicas, espera-se que a Unidade Básica esteja sensibilizada e capacitada a identificar sinais e sintomas indicativos, em geral, silenciados. A tendência à invisibilidade das situações de violência relaciona-se tanto ao fato de, muitas vezes, estar relacionada ao espaço doméstico, como à falta de reconhecimento da unidade de saúde como um espaço de cuidado e atenção a essa condição.

O conjunto dos profissionais da equipe precisa ser preparado para a prevenção e promoção da não violência, assim como para a identificação, acolhimento e acompanhamento de crianças e adolescentes que já se encontrem em situação de violência, legitimando os serviços de atenção básica como um ponto da rede intersetorial de combate à violência.

Os casos identificados devem ser acolhidos e acompanhados pela unidade, com apoio de equipes de suporte multiprofissional, assim como encaminhados aos serviços que compõem a rede localregional, como o Conselho Tutelar, o CRAS e o CREAS, entre outros serviços especializados de atenção psicossocial.

A diversidade de estratégias utilizadas para detecção da violência promove o reconhecimento desse agravo na atenção básica, além de permitir o planejamento de ações para promoção, prevenção e acompanhamento das diferentes situações de violência. Os protocolos são instrumentos de facilitação do trabalho, seu uso vem sendo feito em algumas regiões como forma de facilitar o registro, reconhecimento e atuação da equipe, e podem servir de modelo e serem readequados a diferentes realidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/consulta-publica/arquivos/1393133501.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

GUZZO, A. C. A. et al. **Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência**: uma abordagem interdisciplinar na saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/publicacoes/publicacoes-1/ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolecentesVítimasViol.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

II.3.3 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E DA PESSOA IDOSA

As ações voltadas aos adultos e idosos devem estar presentes de forma permanente e programada, de modo a responderem a uma das principais demandas que hoje se colocam para o Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente para os serviços de Atenção Básica.

O Brasil passou, no final do século XX, por importante transição demográfica, epidemiológica e social, com acentuado envelhecimento e mudanças no perfil de morbimortalidade da população adulta, e com aumento da ocorrência das doenças crônicas. Nesse cenário de mudanças, cresceu, também, a morbimortalidade relacionada à violência e à drogadição, e às doenças infecciosas de evolução crônica, entre outras necessidades de atenção à saúde de adultos e idosos.

Essas mudanças repercutiram em todos os níveis do sistema de saúde e colocam novas exigências para a atenção primária em relação à promoção do envelhecimento saudável e prevenção primária e secundária das doenças crônicas, além da assistência e recuperação das complicações já instaladas e de maior frequência. Agrega-se, a esse conjunto, a atenção integral à saúde do homem, enquanto segmento dos adultos de menor tradição nas ações de atenção primária, e que demanda uma atenção diferenciada.

O recorte proposto nesse subdomínio reúne indicadores relacionados às doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II; relativos à atenção aos idosos, incluindo violência e atenção aos cuidadores; e, também, relativos à saúde do homem e das pessoas acamadas. A seleção de indicadores realizada tem como foco a avaliação da organização de ações dirigidas às doenças crônicas e agravos que ainda representam grandes desafios para a organização da atenção ao adulto.

Outras condições e agravos relevantes para a saúde do adulto, mas que também incluem outras faixas etárias – como uso abusivo de álcool ou doenças sexualmente transmissíveis, e a saúde do trabalhador, entre outros –, são abordados por indicadores apresentados em outros subdomínios.

Quadro 14. Dimensão Gestão da atenção à saúde. Indicadores de Atenção à saúde do adulto e da pessoa idosa. QualiAB 2016

SUBDOMÍNIO	QUESTÕES	INDICADORES
Saúde do adulto e da pessoa idosa (13)	61	Ações na atenção aos adultos
	62	Ações de rotina para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis
	63	Estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
	64	Atenção programada para pessoas com hipertensão arterial
	65	Exames de rotina para pessoas com hipertensão arterial
	66	Atenção programada para pessoas com diabetes tipo II
	67	Exames de rotina para pessoas com diabetes tipo II
	68	Ações programadas para a saúde do homem
	69	Ações na atenção aos idosos
	70	Estratégias para detecção de violência contra idosos
	71	Ações em casos de idosos em situação de violência
	72	Ações de suporte aos cuidadores de idosos e/ou acamados
	73	Ações para o cuidado de pessoas acamadas

INDICADOR: Ações na atenção aos adultos

(Questão 61)

Padrão Adotado

A unidade básica de saúde deve desenvolver **ações regulares destinadas** a um conjunto diversificado de condições de maior prevalência na população adulta. Entre as ações, destacam-se as direcionadas às seguintes condições: hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II, obesidade, prevenção de câncer de próstata, uso abusivo de álcool e outras drogas, tabagismo, saúde mental, situações de violência, saúde do trabalhador, atividades físicas orientadas, DST, HIV/aids e hepatites virais, entre outras.

As ações desenvolvidas para a população adulta nas unidades básicas de saúde devem pautar-se pelo perfil epidemiológico da população e articular ações de caráter individual e coletivo. Devem envolver um conjunto diversificado de doenças e agravos, com destaque para as doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e neoplásicas; sexualmente transmissíveis; infecciosas de evolução crônica; além de ações voltadas à saúde do homem e do trabalhador, entre outros. Ressalta-se que, quanto maior o número de ações e diversidade na oferta de atendimento, maior será o acesso a diferentes cuidados, aumentando as chances de sucesso da assistência.

Na organização do trabalho para esse público, recomenda-se a atuação de equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, favorecendo: a integralidade do cuidado, a potencialidade dos agentes de trabalho e a elaboração de projetos terapêuticos mais adequados às necessidades de cada indivíduo e ações mais responsivas voltadas para a comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. 28 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Ações de rotina para pessoas com doenças crônicas **(Questão 62)**

Padrão Adotado

A atenção a pessoas com doenças crônicas deve contemplar: a busca ativa dos usuários em abandono de tratamento, a realização de grupos de apoio ao seguimento, o registro dos usuários segundo estratificação de risco, e a manutenção de seguimento na unidade básica após encaminhamento para serviço especializado, além de realizar retornos periódicos e acolhimento dos eventuais, entre outras medidas para um seguimento continuado.

INDICADOR: Estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento de doenças crônicas
(Questão 63)

Padrão Adotado

As pessoas com doenças crônicas resistentes às medidas de tratamento (como faltosos e/ou não aderentes ao tratamento) devem merecer um cuidado adicional por meio de medidas como: grupo de adesão no próprio serviço, discussão em equipe sobre alternativas de abordagem/ projeto terapêutico, e a realização de busca ativa, no caso de faltosos ou usuários em abandono.

As doenças crônicas têm determinação múltipla e complexa, com início gradual e evolução insidiosa, com grande impacto tanto na qualidade de vida dos indivíduos como no sistema de saúde.

Compete, à Atenção Básica, a coordenação do cuidado dos usuários com doenças crônicas, a partir da utilização de protocolos e diretrizes clínicas padronizadas, que podem ser feitas em nível municipal, mas que devem seguir as recomendações e consensos disponíveis e baseados em evidências, como as que se encontram disponíveis para a Atenção Básica no site do Ministério da Saúde para as doenças crônicas de maior prevalência, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

As equipes de Atenção Básica são responsáveis pela realização de diagnósticos precoces, seguimento e acompanhamento, que deve ser compartilhado com a atenção especializada sempre que necessário, segundo estratificação de risco.

As ações de promoção, prevenção e autocuidado apoiado são de grande importância para todas as pessoas com doenças crônicas, assim como as medidas para adesão às terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas.

A não adesão ao tratamento é um dos problemas frequentes no seguimento das pessoas com doenças crônicas. A equipe deve estar atenta em identificar a existência de dificuldades com a adesão e seus determinantes para buscar, em conjunto com o usuário, as melhores alternativas de superação.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2013. 28 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus.** Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Atenção programada para pessoas com hipertensão arterial

(Questão 64)

Padrão Adotado

O diagnóstico e seguimento de usuários hipertensos devem ser feitos segundo protocolo, incluindo: ações de prevenção e tratamento da obesidade; uso de terapêutica não medicamentosa, como alternativa isolada sempre que indicado; atividades em grupo; orientação e suporte para abandono do tabagismo; e identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas.

INDICADOR: Exames de rotina para pessoas com hipertensão arterial

(Questão 65)

Padrão Adotado

Os exames de rotina para pessoas com hipertensão arterial sistêmica devem ser feitos periodicamente, com o objetivo de avaliar precocemente a ocorrência de complicações e possíveis comorbidades. Destaca-se a importância de inclusão do exame de fundo de olho entre os exames de rotina.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados de pressão arterial – PA \geq 140 X 90mmHG, que pode causar alterações nos chamados “órgãos-alvo” (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), e associar-se a alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares decorrentes de aterosclerose e trombose, além de representar fator de risco para outras patologias.

O seguimento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica deve ter início com: a realização criteriosa do diagnóstico, introdução de terapêutica não medicamentosa, por meio do controle da ingestão de sal e de orientações para incorporação de atividades físicas e controle do peso, associados ou não à terapêutica medicamentosa, conforme níveis pressóricos e estratificação de risco.

Manter a motivação do paciente em não abandonar o tratamento é um dos grandes desafios que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, o que exige um processo contínuo de discussão, acolhimento e apoio para que o paciente conheça sua condição de saúde e amplie o autocuidado e a adesão às medidas recomendadas.

Entre os fatores de risco que se associam à HA, ampliando o risco de doença cardiovascular, destacam-se: tabagismo, sedentarismo, dislipidemia, diabetes, obesidade, alcoolismo e história familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55anos e mulheres < 65 anos).

É frequente a presença de outras comorbidades, com implicações importantes para o gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para um controle adequado. Os exames periódicos de rotina, solicitados anualmente, visam identificar comorbidades e alterações em órgãos-alvo, devendo-se estar atento à identificação de retinopatias hipertensivas, além das condições renais, cardíacas e outras vasculopatias.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Atenção programada para pessoas com diabetes tipo II

(Questão 66)

Padrão Adotado

A atenção para pessoas com diabetes tipo II deve ser feita por meio de protocolo, com destaque para a prevenção e tratamento da obesidade; avaliação e orientação em saúde bucal; controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés; atividades em grupo, e orientação e suporte para abandono do tabagismo, entre outras.

INDICADOR: Exames de rotina para pessoas com diabetes tipo II

(Questão 67)

Padrão Adotado

Os exames de rotina para pessoas com diabetes tipo II devem ser feitos periodicamente, com o objetivo de acompanhar a evolução da doença e identificar precocemente complicações e comorbidades. Destaca-se a importância da inclusão do exame de fundo de olho e da hemoglobina glicada, entre os exames de rotina.

O diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico considerado como “condição sensível à atenção primária”, ou seja, cujos cuidados realizados por serviços de atenção básica podem evitar complicações e internações, ampliando o tempo e a qualidade de vida.

As pessoas com DM podem manter-se assintomáticas por longo período, apresentando manifestações clínicas somente quando se instalam complicações, especialmente nos casos de DM tipo II. Por isso, é importante estar atento ao diagnóstico precoce em adultos que apresentem excesso de peso (IMC > 25 kg/m²) e, pelo menos, um dos fatores de risco: hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome dos ovários policísticos, doença cardiovascular, história familiar de DM (pai ou mãe), idade igual ou superior a 45 anos.

No caso de pacientes com Diabetes Mellitus tipo II diagnosticado, a avaliação laboratorial, inicial e no seguimento, deve ser feita por meio dos seguintes exames: glicemia de jejum; hemoglobina glicada (A1C); colesterol total, HDL-C e triglicérides; creatinina sérica em adultos; exame de urina (para investigação de infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos e sedimento), microalbuminúria (se proteinúria negativa), e ECG em adultos. Destaca-se a importância da realização dos exames de fundo de olho e avaliação dos pés, devido a possíveis lesões vasculares e neuropatia periférica.

O plano terapêutico para pessoas com Diabetes Mellitus Tipo II pela equipe de atenção primária deve pautar-se, sobretudo, pelo controle glicêmico, com orientações para mudanças no estilo de vida (alimentação balanceada e prática de atividade física orientada) e informações e instruções sobre uso de medicamentos, visando à prevenção de complicações crônicas. Para o alcance desse plano, é imprescindível que o trabalho da equipe multiprofissional aconteça de forma interdisciplinar, a fim de garantir o fortalecimento de vínculo (profissional, usuário e família) para a continuidade, a longitudinalidade e efetividade do cuidado, visando à adesão, autonomia, independência e qualidade de vida das pessoas com DM.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Ações programadas para a saúde do homem

(Questão 68)

Padrão Adotado Padrão Adotado A saúde do homem deve ser incorporada aos serviços de atenção básica, valorizando-se o desenvolvimento de ações que abordem: a saúde do trabalhador; relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais; paternidade e relações familiares, uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas; situações de violência, e importância da adesão às ações e tratamentos de saúde, entre outros temas de importância para uma atenção integral.

Os homens adultos encontram-se tradicionalmente afastados das unidades básicas de saúde, em função de inúmeros fatores, entre os quais podemos destacar: a tradição cultural, de gênero, segundo a qual cuidar da saúde é uma “questão para mulheres”; assim como, pela falta objetiva de oferta de cuidados para essa população por parte dos serviços de saúde, ao que se associam as limitações muitas vezes impostas pela inserção de trabalho da população masculina, entre outros determinantes.

Compete, aos serviços de atenção básica, desenvolverem ações de promoção, prevenção e assistência da saúde do homem que permitam uma maior aproximação desse grupo, de modo a contribuir com a manutenção de melhores condições de saúde para essa população. Para tanto, é necessário que as equipes estejam preparadas para trabalhar com a singularidade da condição masculina e com os problemas de maior relevância para esse grupo.

Além da prevenção primária e identificação de condições de risco para doenças cardiovasculares e câncer, devem-se abordar temáticas como, saúde sexual e reprodutiva, com atenção à corresponsabilização pelo planejamento reprodutivo e pela paternidade; prevenção e diagnóstico das DST e aids; questões sobre gênero e orientação sexual; relações entre saúde e trabalho; uso de tabaco, álcool e outras drogas; violência, entre outras questões relacionadas à saúde do homem, como andropausa e comorbidades que podem afetar a potência sexual.

O serviço de atenção básica deve possibilitar estratégias para facilitar o acesso, como, por exemplo, a flexibilidade com o horário de atendimento, de acordo com a realidade de cada território. É importante que se defina uma linha de cuidado que possa garantir acesso aos diferentes níveis de atenção, possibilitando a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de atenção básica, mantida como referência de cuidado longitudinal.

A implantação de uma política de atenção à saúde do homem é recente e requer mudanças nos paradigmas prevalentes entre usuários e profissionais de saúde, o que demanda a implementação de ações de educação permanente para os profissionais e educação em saúde para

os usuários e para a comunidade, com o objetivo de fortalecer o diálogo e o reconhecimento da saúde do homem como parte dos direitos de cidadania de toda a população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Ações na atenção aos idosos

(Questão 69)

Padrão Adotado

As ações de atenção à saúde da pessoa idosa devem contemplar: avaliação da saúde mental e da capacidade funcional; orientações sobre menopausa, andropausa, sexualidade e DST/aids; identificação e acompanhamento em situações de violência; identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, e investigação do suporte familiar e social, entre outras atividades e orientações para uma atenção integral aos idosos.

Os serviços de atenção básica devem desenvolver uma atenção humanizada e com respeito à heterogeneidade da velhice, oferecendo um conjunto de ações que visem melhorar a qualidade de vida e manter a saúde das pessoas idosas, respeitando as especificidades dessa fase da vida. As ações devem incluir apoio e orientação à rede de suporte social, especialmente familiares e cuidadores.

Deve-se avaliar, com atenção, alterações nas acuidades decorrentes do processo de envelhecimento (acuidade auditiva, visual, de linguagem); estabelecer formas de comunicação adequadas e diferenciadas conforme as características de cada idoso; promover hábitos sau-

dáveis com informações sobre alimentação, atividade física; realizar atividades em grupo, que permitam trocas de vivências e socialização em torno de temas de interesse, e ter sensibilidade para identificar sinais de maus-tratos, entre outros cuidados gerais.

Além da prevenção e tratamento de agravos e doenças mais frequentes nesse período da vida, outras dimensões também ganham especificidade no envelhecimento, como as que dizem respeito ao exercício da sexualidade e a práticas de socialização, à saúde sexual, e ao uso de álcool e outras drogas, entre outras, que, muitas vezes, são ignoradas como se não continuassem a fazer parte da vida das pessoas quando envelhecem.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa serve como um guia de orientação e registro dos principais aspectos envolvidos no seguimento de saúde do idoso, trazendo informações que servem tanto aos serviços da rede de atenção como um todo, como para o próprio usuário, orientando seu autocuidado e a necessidade de cuidado por terceiros. O registro atualizado possibilita a identificação do idoso frágil por meio do índice de vulnerabilidade clínico-funcional; o monitoramento de condições crônicas de saúde; além de alertar a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco; entre outros dados relevantes. Permite o acompanhamento longitudinal por 5 anos.

O reconhecimento periódico das necessidades de saúde da área de cobertura, por meio de levantamentos e visitas domiciliares, deve dar atenção à identificação do perfil de idosos e dos recursos disponíveis na comunidade para esse grupo. Ressalta-se que a unidade tem compromisso com a atenção aos idosos de todo o território, inclusive, os institucionalizados.

Para que todas essas ações possam ser plenamente desenvolvidas, é importante que se invista na realização de um trabalho interdisciplinar, com apoio do NASF ou equivalente, de outros equipamentos de saúde, e, também, de outros setores, como a assistência social, a cultura e o esporte, de modo a promover um envelhecimento ativo e saudável.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 3. ed. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/08/20-01-Miolo-Caderneta-vers--ofinal2015.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Estratégias para detecção de violência contra idosos

(Questão 70)

Padrão Adotado

Valoriza-se o desenvolvimento de estratégias diferenciadas para detecção de violência contra o idoso, destacando-se nessa perspectiva: a sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos; visitas domiciliares; escuta individual e sigilosa; uso de protocolo de atendimento para situações de violência; e discussão de casos em equipe, entre outras.

INDICADOR: Ações em casos de idosos em situação de violência

(Questão 71)

Padrão Adotado

Nos casos detectados de violência contra o idoso, espera-se que a equipe de atenção básica realize o atendimento e acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade, dos casos e dos cuidadores; com discussão dos casos com o NASF ou equipe de apoio, e que desenvolva proposta de acompanhamento intersetorial, além de denúncia e notificação à vigilância, entre outros.

Quanto mais longo e mais dependente for o idoso, maior o risco de ser vítima de violência. A pessoa idosa, geralmente, tem dificuldade em denunciar a violência a que está sendo submetida, por receio ou vergonha, pois os maiores agressores, em geral, são familiares (filhos, netos, cônjuges, entre outros) ou, eventualmente, cuidadores.

As unidades de atenção básica têm grande importância na promoção de ações de prevenção de violências contra a pessoa idosa, por meio de educação em saúde com familiares e cuidadores, e estimulando a constituição de redes de apoio e proteção.

Compete, também, à equipe de atenção básica a identificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, notificando-os, bem como acolhendo e acompanhando os casos, a família e os cuidadores, no sentido de identificar o contexto e possíveis fatores desencadeantes que possam ser trabalhados no sentido de evitar novas situações de maus-tratos ou violência. Para tanto, a equipe deve estar sensibilizada e preparada tanto para o diagnóstico como as medidas e cuidados necessários; o uso de protocolos de atenção ao idoso podem ser instrumentos de apoio valiosos. Ressalta-se a importância do acompanhamento interdisciplinar e intersetorial desses casos.

De acordo com a organização da rede de atenção à saúde disponível, e com o perfil de cada caso, a equipe deve acionar os órgãos e instituições envolvidos na rede de proteção aos idosos, como: o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), ou, mesmo, as delegacias policiais, o Ministério Público, o IML e outros.

Ressalta-se o importante papel da Atenção Básica em promover e estimular a cultura de paz, com desenvolvimento de educação em saúde focando em hábitos e comportamentos de respeito ao cidadão idoso; como, também, propor estratégias intersetoriais que busquem ambientes seguros e saudáveis para essa população.

Referências

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em 15 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.** Dispões sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Ações de suporte aos cuidadores de idosos e/ou acamados **(Questão 72)**

Padrão Adotado

Além de dar suporte técnico e orientações para o bom exercício da função de cuidador de idosos, a unidade básica deve dar atenção a esse trabalhador ou familiar, avaliando e acompanhando sua saúde (situações de estresse, sobrecarga), e orientando a prevenção e identificação de situações de violência contra os idosos.

Podemos identificar duas categorias de cuidador de idosos: o cuidador informal, que se refere ao membro familiar, esposa (o), filha (o), irmã (ão) ou outros, normalmente do sexo femi-

nino, que é “escolhido” entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e/ou acamada, e por apresentar maior disponibilidade de tempo; e o cuidador formal, ou seja, o trabalhador, que exerce a atividade de “cuidador” mediante uma remuneração, mantendo vínculos empregatícios, e que, muitas vezes, não recebeu um treinamento específico para a função, embora seja necessário.

O cuidador desenvolverá tarefas que envolvem: o acompanhamento ou auxílio nas atividades diárias, como a alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, mobilização, bem como, dar suporte afetivo de convivência ao idoso e/ou acamado, entre outras inúmeras atividades, conforme as características de cada situação.

Seja um familiar ou trabalhador contratado para a função, cabe à equipe da unidade básica identificar necessidade de orientações de como melhor exercer o cuidado, passando informações e dando subsídios técnicos, além de suporte direto por meio de visitas domiciliares.

Por outro lado, é necessário acolher as necessidades de saúde do próprio cuidador, muitas vezes submetido a situações de estresse e sobrecarga de trabalho e de responsabilidades. Além da assistência direta à essa pessoa, deve-se conhecer o contexto onde exerce a função de cuidador – o idoso/ acamado, sua família, as condições e recursos disponíveis – como informações importantes para o desenvolvimento de apoio adequado aos cuidadores, além de propiciar maior interação entre usuário, família e profissionais.

A ocorrência de maus-tratos ou violência em relação a pessoas acamadas ou idosas deve ser identificada com a maior presteza possível, devendo-se orientar cuidadores e familiares na prevenção desses eventos, em geral intradomiciliares.

Para auxiliar a equipe de saúde na compreensão da dinâmica familiar – sobretudo as que possuem cuidadores de idosos e/ou acamados –, alguns instrumentos podem ser utilizados na avaliação da funcionalidade da família, como: APGAR de Família, o Genograma e o Ecomapa (BRASIL, 2006), orientando a equipe no apoio necessário.

Referências

BORN, T. (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência**: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/pdf/manual-do-cuidadora-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Guia do cuidador de pacientes acamados**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/manuais/pacientesacamados.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INDICADOR: Ações para o cuidado de pessoas acamadas

(Questão 73)

Padrão Adotado

O cuidado de pessoas acamadas deve incluir: visitas periódicas com a equipe de apoio, visitas periódicas com o médico, assistência odontológica domiciliar, prevenção e acompanhamento em caso de uso de drogas, atenção à família em caso de óbito, discussão de casos com a rede ampliada de atenção à saúde, e detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência, entre outros.

As unidades básicas de saúde são responsáveis por assistir a todas as pessoas adstritas que requeiram cuidados, sendo uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe realizar o cuidado no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

As visitas domiciliares (VD) se inserem na rotina das unidades como parte da estratégia de interação com a comunidade e de conhecimento de suas necessidades de saúde. Os pacientes acamados representam uma demanda específica, em geral, priorizados no planejamento das VD, em função da limitação de acesso ao serviço e das especificidades de suas demandas, que, muitas vezes, exigem cuidados periódicos e orientação dos cuidadores e familiares por uma equipe multiprofissional.

A atenção a pessoas acamadas realizada pelas unidades básicas pode ser vista como parte da proposta mais ampla de atenção domiciliar, definida no âmbito do SUS pelo Programa Melhor em Casa de 2012, pela Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que estabelece critérios de classificação para necessidades de cuidados domiciliares, segundo a complexidade e necessidade de atenção especializada, e define as competências das unidades básicas na rede de serviços envolvidos na atenção domiciliar e das demais instâncias da rede assistencial.

Para o desenvolvimento de cuidados domiciliares para pessoas acamadas, recomenda-se que a equipe de atenção básica realize três etapas: identifique os usuários que necessitam de cuidados domiciliares no território da unidade; caracterize a complexidade destes pacientes, identificando o tipo de necessidades de cuidado; elabore um plano de cuidados/projeto terapêutico para cada paciente, contendo: as condutas propostas, os serviços ou equipamentos que precisam ser acionados, a periodicidade de visitas, a previsão de tempo de permanência (geralmente, são crônicos, que demandam cuidados contínuos), as atribuições de cada membro da equipe e o profissional de referência (responsável por coordenar as ações propostas para cada usuário), destacando-se a importância de o trabalho ser interdisciplinar e o com envolvimento de outros níveis de atenção, sempre que necessário.

A atenção domiciliar realizada pela atenção básica para pessoas acamadas é composta por: visitas regulares da equipe, com participação periódica do médico; avaliação da condição clí-

nica e psicossocial do usuário; orientações sobre cuidados de higiene corporal e bucal; mobilização e prevenção de escaras; suporte e estímulo cognitivo e afetivo, nutrição, entre outros, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação. Deve-se orientar direitos sociais e trabalhistas, com apoio do serviço social, e estar atento à identificação de situações de violência e uso de álcool ou outras drogas.

Caso existam usuários com quadros de maior complexidade clínica, a equipe de atenção básica deverá acionar: a equipe de atenção domiciliar do município, serviço de referência especializada, ou NASF, para elaboração compartilhada do projeto terapêutico singular. Recomenda-se que toda família esteja ciente do projeto terapêutico de atenção domiciliar, comprometendo-se, junto com a equipe de saúde, com a realização e manutenção das medidas de cuidado necessárias.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2012. v. 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2013. v. 2. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

II.3.4 SAÚDE BUCAL

A incorporação de ações em saúde bucal de modo extensivo no âmbito da Atenção Básica é relativamente recente, mas tem crescido muito nos últimos anos com a inclusão de profissionais de saúde bucal nos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família. Independentemente do arranjo organizacional do serviço de AB, a atenção à saúde bucal deve ser entendida como parte da atenção integral à saúde e como direito social de cidadania.

Entre os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) para reorientação do modelo de atenção nessa área, encontramos que os serviços devem *“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”*. Esse, e os demais pressupostos da PNSB, devem orientar o conjunto das ações em Saúde Bucal na Atenção Básica. Nesse sentido, a equipe de profissionais dessa área deve estar integrada ao conjunto da equipe da unidade, participando de ações junto à comunidade e com os usuários, assim como, dos momentos de planejamento e discussões sobre o trabalho da unidade como um todo.

Quadro 15. Dimensão Gestão da atenção à saúde. Indicadores de Saúde bucal. QualiAB 2016

SUBDOMÍNIO	QUESTÕES	INDICADORES
Saúde Bucal (03)	93	Público-alvo da assistência odontológica
	94	Ações da equipe de saúde bucal
	95	Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal

INDICADOR: Público-alvo da assistência odontológica

(Questão 93)

Padrão Adotado

A assistência odontológica deve atender todos os grupos etários, com destaque para o atendimento dos grupos mais vulneráveis: crianças em idade escolar, usuários acamados, portadores de diabetes mellitus e idosos (> 60 anos).

De acordo com os princípios do SUS (Universalização do acesso, Integralidade e Equidade), devem ter acesso ao atendimento odontológico toda a população do território de referência

da unidade, incluindo todas as faixas etárias, respeitando-se as necessidades específicas de cada caso e grupo populacional.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) prevê a ampliação do acesso a partir de duas estratégias de inserção transversal da saúde bucal nos demais programas: por linhas de cuidado, ou seja, por meio da integração e reconhecimento das especificidades para a saúde da criança, adolescente, do adulto e do idoso; e por condição de vida, ou seja, integrando ações de saúde bucal à saúde da mulher, do trabalhador ou de deficientes, entre outros.

O atendimento odontológico ofertado a todos os grupos etários é, também, um momento de se alcançarem pacientes que, normalmente, não frequentam a unidade por outras demandas de atenção à saúde, devendo-se aproveitar esta oportunidade para identificar outras necessidades de saúde, tais como: rastreamento por exames preventivos; uso de álcool e outras drogas; gravidez; doenças sexualmente transmissíveis; entre outros. Ao diagnosticar, a equipe deve atuar de forma multiprofissional e realizar encaminhamentos para profissionais dentro e fora da unidade de saúde, conforme a necessidade de cada caso.

INDICADOR: Ações da equipe de saúde bucal

(Questão 94)

Padrão Adotado

As ações da equipe de saúde bucal devem contemplar estratégias de atenção individual e coletiva. Devem ser guiadas pela elaboração de um Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada, com: atendimento clínico individual e tratamento completo, ações de prevenção e detecção do câncer de boca, e ações educativas para usuários e na comunidade.

INDICADOR: Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal

(Questão 95)

Padrão Adotado

Valorizam-se os serviços cuja equipe de saúde bucal disponibiliza o maior número de procedimentos possível para o atendimento individual, de modo a atender a um conjunto diversificado de necessidades de saúde bucal.

As equipes de saúde bucal devem desenvolver ações tanto de assistência individual como ações de prevenção, com atividades educativas no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e em espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros).

Não deve haver restrições a nenhum segmento, devendo-se contemplar o conjunto da população da área. Deve-se estar atento à inclusão e aos cuidados específicos requeridos em cada grupo, como: crianças em idade escolar, pessoas com diabetes, idosos, acamados, entre outros.

As ações de prevenção e educação, como a escovação dental supervisionada nas escolas, e as atividades em creches, devem ser valorizadas programando-se períodos para esse fim. As atividades educativas podem ser ampliadas com ações dirigidas a instituições que atendem idosos, de acordo com o perfil de demanda presente no território da unidade.

O atendimento clínico, sem restrições de faixa etária, deve prever um plano terapêutico individual e oferecer tratamento completo, incluindo ações de prevenção e educação em saúde. A oferta de procedimentos de saúde bucal deve ser o mais diversificado e completo possível, dentro do espectro de complexidade da unidade básica, contemplando: aplicação tópica de flúor, restauração (amálgama ou resina composta), extração de dente, drenagem de abscesso, pulpotomias, tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico, entre outros.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, 2008 (Cadernos de Atenção Básica, n. 17). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.



ANEXOS

**AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO
DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA
- QUALIAB VERSÃO 2016**

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA – QUALIAB VERSÃO 2016

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) * “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada** à Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Especificar: _____

***Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família**

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 6) Ministério da Saúde
- 7) Consórcio intermunicipal
- 8) Outros - especifique: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Rural
 - 2) Urbana - Central
 - 3) Urbana - Periférica
-

4. No território de atuação desta Unidade existe a presença de grupos populacionais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
 - 2) Quilombolas
 - 3) Populações ribeirinhas
 - 4) Ciganos e nômades urbanos
 - 5) Acampados e assentados
 - 6) Trabalhadores sazonais e volantes
 - 7) Pessoas em situação de rua
 - 8) Profissionais do sexo
 - 9) Moradores de abrigos, albergues
 - 10) Encarcerados
 - 11) Imigrantes
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não ocorre a presença dessas populações no território
-

5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs de segunda a sexta
 - 2) Todas as tardes de segunda a sexta
 - 3) Todas as noites de segunda a sexta
 - 4) Algumas manhãs durante a semana
 - 5) Algumas tardes durante a semana
 - 6) Algumas noites durante a semana
 - 7) Finais de semana
 - 8) 24 horas
-

6. A Unidade possui equipe de saúde da família:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim. Número de equipes: _____
 - 2) Não
-

7. Número de profissionais fixos e volantes na Unidade por categoria:

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		
18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros - especifique:		

8. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provac médico
- 3) Provac enfermeiro
- 4) Provac dentista
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

9. As ações de rotina realizadas pelos seguintes PROFISSIONAIS são:

Selecione um item para cada alternativa

	Não possui esse profissional	Recepção de casos não agendados	Promoção e educação em saúde	Visita domiciliar	Atendimento individual	Grupos	Participação reuniões de equipe	Avaliação de faltosos	Registro em prontuário	Atividades na comunidade	Ou- tras
1 - Médico de Família											
2 - Médico Clínico Geral											
3 - Médico Pediatra											
4 - Médico Ginecologista											
5 - Enfermeiro											
6 - Auxiliar/técnico de enfermagem											
7 - Dentista											
8 - Auxiliar/Técnico consultório dentário											
9- Farmacêutico											
10- Outros											

10. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Pré Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros - especifique: _____ -
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

11. A rede municipal ou regional oferece para a Unidade o acesso aos seguintes serviços:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
 - 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
 - 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
 - 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
 - 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
 - 6) Serviços de atenção ao idoso
 - 7) Serviços de atenção à criança
 - 8) Serviços de atenção à mulher
 - 9) Serviços de referência em Tuberculose
 - 10) Serviços de referência em DST, aids e hepatites virais
 - 11) Ambulatórios de especialidades
 - 12) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
 - 13) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
 - 14) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
 - 15) ONG (Organização Não Governamental)
 - 16) Ações comunitárias ligadas grupos religiosos
 - 17) Outros - especifique: _____
 - 18) Não tem acesso a serviços de apoio
-

12. O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
 - 2) Equipe multiprofissional externa ao serviço
 - 3) Outro tipo de apoio (por exemplo, apoiador do estado, do COSEMS, Telessaúde, outros)
 - 4) Não é realizado por nenhuma instância
-

13. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é:

Selecione um item para cada alternativa

ESPECIALIDADES	Tempo de espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe	Não encaminha
1) Oftalmologia							
2) Otorrinolaringologia							
3) Ortopedia							
4) Gastroenterologia							
5) Cardiologia							
6) Neurologia							
7) Psiquiatria							
8) Geriatria							
9) Fisioterapia							
10) Psicologia							

14. Em relação ao número de consultas médicas realizadas NO ÚLTMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) Total de CONSULTAS MÉDICAS realizadas: _____
- 2) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram por AGENDAMENTO: _____
- 3) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram “EXTRAS” (não agendadas): _____
- 4) Dados não disponíveis: _____

15. Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

16. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
 - 2) Acesso à pessoas com deficiências
 - 3) Ventilação e iluminação adequadas
 - 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
 - 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
 - 6) Sala de espera
 - 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
 - 8) Sala de vacina
 - 9) Sala de Curativo
 - 10) Sala de esterilização de material
 - 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
 - 12) Consultório dentário
 - 13) Gerador de energia
-

17. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cadeira de rodas
 - 2) Geladeira exclusiva para vacinas
 - 3) Mesa para exame ginecológico
 - 4) Equipamentos odontológicos
 - 5) Carrinho de emergência
 - 6) Desfibrilador
 - 7) Cilindro de oxigênio
 - 8) Oxímetro
 - 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
 - 10) Acesso à Internet
 - 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
 - 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
 - 13) Veículo para uso da Unidade
-

18. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
 - 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
 - 3) Pequenas suturas
 - 4) Retirada de pontos
 - 5) Hidratação por via venosa
 - 6) Aplicação de tratamento endovenoso
 - 7) Aplicação de tratamento intramuscular
 - 8) Troca de sonda vesical de demora
 - 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
 - 10) Profilaxia pós exposição (PEP)
 - 11) Curativo de úlceras agudas e crônicas
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não realiza nenhum procedimento
-

19. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) BCG
 - 2) Hepatite B
 - 3) Hepatite A
 - 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/vop
 - 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
 - 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
 - 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
 - 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
 - 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
 - 10) dT (dupla adulto)
 - 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
 - 12) Rotavírus Humano
 - 13) Febre Amarela
 - 14) Anti-rábica
 - 15) Influenza
 - 16) P10 (Pneumocócica 10)
 - 17) Pneumocócica 23 valente
 - 18) Meningocócica C
 - 19) Vacina contra HPV
 - 20) Não realiza vacinação
-

20. Exames feitos e\ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
 - 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
 - 3) Teste de gravidez na urina
 - 4) Teste rápido para HIV
 - 5) Teste rápido para sífilis
 - 6) Teste rápido para hepatites virais
 - 7) Teste rápido de proteinúria
 - 8) Eletrocardiograma (ECG)
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) Não realiza nenhum exame
-

21. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
 - 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
 - 3) Quando os resultados chegam na Unidade
 - 4) Não são avaliados
-

22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:

Selecione um item para cada alternativa

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
7) Não dispensa medicamentos				

23. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)
- 7) Encaminhamento para laqueadura
- 8) Encaminhamento para vasectomia
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Nenhum

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III. 1 Educação em saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”), no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Planejamento reprodutivo
- 3) Educação alimentar
- 4) Atividades físicas
- 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 8) Prevenção de DST e aids
- 9) Tabagismo
- 10) Saúde bucal
- 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)
- 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 14) Outras Qual (is): _____
- 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período

25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
 - 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
 - 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
 - 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
 - 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
 - 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
 - 7) Outras - especifique: _____
 - 8) Não realiza atividades na comunidade
-

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
 - 2) DST e aids
 - 3) Tuberculose e/ou hanseníase
 - 4) Planejamento reprodutivo
 - 5) Aleitamento materno
 - 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
 - 7) Climatério e menopausa
 - 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
 - 9) Obesidade e/ou desnutrição
 - 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
 - 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 12) Tabagismo
 - 13) Outras - especifique: _____
 - 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período
-

27. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
 - 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
 - 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
 - 4) Atividades em sala de espera
 - 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
 - 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
 - 7) Outras Quais: _____
 - 8) Não realiza atividades de educação em saúde
-

III.2 Organização da Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
 - 2) Para grupo de pacientes por hora
 - 3) Para todos os pacientes no início do turno
 - 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea
-

29. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
 - 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
 - 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
 - 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
 - 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
 - 6) Outras - especifique: _____
 - 7) Não atende demanda espontânea
-

30. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (“extras” ou “demanda espontânea”) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
 - 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
 - 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
 - 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
 - 5) Agendamento para atendimento em grupo
 - 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
 - 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
 - 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
 - 9) Não atende pacientes não agendados
-

31. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
 - 2) Revisão pós-parto/puerpério
 - 3) Recém-nascidos
 - 4) Recém-nascidos de risco
 - 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
 - 6) Crianças até dois anos
 - 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
 - 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
 - 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
 - 10) Vacinação
 - 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
 - 12) Sífilis
 - 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: _____
 - 14) Não se faz convocação de faltosos
-

III.3 Saúde da Mulher

32. As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pré Natal
 - 2) Coleta de citologia oncótica (Papanicolaou)
 - 3) Planejamento reprodutivo
 - 4) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
 - 5) Diagnóstico e Tratamento de DST
 - 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
 - 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
 - 8) Detecção precoce de câncer de mama
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher
-

33. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
 - 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
 - 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
 - 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
 - 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolaou
 - 6) Serviço não realiza esse exame
-

34. Como estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
 - 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
 - 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
 - 4) Orientação das usuárias para autopalpação sem técnica específica e sobre sinais de alerta
 - 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
 - 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama
-

35. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
 - 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
 - 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais**
 - 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
 - 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
 - 6) Esse exame não é solicitado
-

36. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo)
 - 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
 - 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré conceptivos ou contracepção, a depender do caso
 - 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
 - 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
 - 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade
-

37. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
 - 2) Entre 90% 80%
 - 3) Entre 80% e 60%
 - 4) Menos de 60%
 - 5) A Unidade não dispõe destas informações
 - 6) Não realiza o Pré Natal
-

38. Na atenção ao Pré natal de baixo risco quais das seguintes ações são realizados de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
 - 2) Registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária
 - 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
 - 4) Consultas semanais entre no último mês de gestação (36ª a 41ª semanas)
 - 5) Prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
 - 6) Não realiza o Pré Natal
-

39. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para **todas** as gestantes durante o PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO são:

Selecione um item para cada alternativa

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)			
2) Urina I			
3) Urocultura			
4) Teste rápido de proteinúria			
5) Tipagem sanguínea e fator Rh			
6) Coombs indireto caso Rh negativo			
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
8) Teste rápido ou sorologia para HIV			
9) Sorologia para Rubéola			
10) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)			
11) Sorologia para hepatite B (HbsAg)			
12) Sorologia para hepatite C			
13) Glicemia de jejum			
14) Teste de intolerância à glicose			
15) Ultra-Som obstétrico			
16) Papanicolaou (colpocitologia oncológica) se indicado			
17) Bacterioscopia da secreção vaginal			
18) Outros. Quais _____			
20) Não realiza o Pré Natal			

40. As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 3) Identificação das gestantes de alto risco
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
- 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 7) Avaliação das condições de trabalho
- 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV)
- 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 10) Realização de grupos educativos para gestantes
- 11) Pré Natal do parceiro(a)
- 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Pré-Natal
- 13) Outros - especifique: _____
- 14) Não realiza o Pré Natal

41. As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmicas para **MALÁRIA** são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
 - 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta Pré Natal e no momento do parto
 - 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido) Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
 - 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
 - 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária
-

42. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
 - 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
 - 3) Discussões na sala de espera
 - 4) Grupos periódicos para gestantes
 - 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
 - 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
 - 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes
-

43. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto
 - 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
 - 3) Acompanhada na própria Unidade
 - 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

44. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
 - 2) Na Unidade somente para gestante
 - 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
 - 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
 - 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
 - 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

45. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Somente na Unidade
 - 2) Somente em serviço de referência
 - 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
 - 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

46. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
 - 2) Aleitamento materno
 - 3) Suplementação de Ferro
 - 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
 - 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
 - 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
 - 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
 - 8) Orientações sobre alimentação
 - 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
 - 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
 - 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
 - 12) Outras - especifique: _____
 - 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato
-

47. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na Unidade
 - 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
 - 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
 - 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
 - 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
 - 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
 - 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
 - 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio
-

48. Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
 - 2) Não
 - 3) Não sabe informar por não possuir os dados
 - 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

49. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
 - 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
 - 3) Livre declaração da mulher
 - 4) Discussão de caso em equipe
 - 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
 - 6) Não sabe informar
 - 7) Não temos esse tipo de demanda
 - 8) Não atende essa demanda específica
-

50. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
 - 2) Denúncia à autoridade policial
 - 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
 - 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
 - 5) Acompanhamento em grupo
 - 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
 - 7) Encaminhamento para serviço de referência
 - 8) Denúncia ao DISQUE 180
 - 9) Outro. Qual (is): _____
 - 10) Não sabe informar
 - 11) Não temos esse tipo de demanda
 - 12) Não atende a essa demanda específica
-

III.4 Saúde da Criança e do Adolescente

51. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
 - 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
 - 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
 - 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)
 - 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
 - 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
 - 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
 - 8) Grupo com mães/pais
 - 9) Vigilância do trabalho infantil
 - 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
 - 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
 - 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
 - 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
 - 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
 - 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
 - 16) Outras Quais: _____
 - 17) Não realiza atividades planejadas para crianças
-

52. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
 - 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
 - 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
 - 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
 - 5) Não atende crianças
-

53. O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
 - 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
 - 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
 - 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
 - 5) Na última consulta de Pré Natal
 - 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
 - 7) Não trabalhamos com agendamento
 - 8) Não atende crianças
-

54. As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
 - 2) Vacinação
 - 3) Higiene pessoal e bucal
 - 4) Avaliação de acuidade visual
 - 5) Avaliação de acuidade auditiva
 - 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
 - 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
 - 8) Prevenção de acidentes domésticos
 - 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
 - 10) Inclusão social e combate ao preconceito
 - 11) Trabalho infantil
 - 12) Sexualidade e educação sexual
 - 13) Prostituição infantil
 - 14) Saúde e meio ambiente
 - 15) Posse responsável de animais
 - 16) Outros - especifique: _____
 - 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas
-

55. As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Domicílio
 - 2) Creche, escolas, outros
 - 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
 - 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
 - 5) Outros - especifique: _____
 - 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
 - 7) Não atende crianças
-

56. As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
 - 2) Incentivo a prática de atividades física
 - 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
 - 4) Planejamento reprodutivo
 - 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
 - 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
 - 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
 - 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
 - 9) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
 - 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
 - 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
 - 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
 - 13) Outros - especifique: _____
 - 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
-

57. Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
 - 2) Gravidez na adolescência
 - 3) Prostituição na adolescência
 - 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
 - 5) Agressividade e conflito com a lei
 - 6) Inclusão social e combate ao preconceito
 - 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
 - 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
 - 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
 - 10) Saúde e meio ambiente
 - 11) Outros - especifique: _____
 - 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
-

58. As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
 - 2) Domicílio
 - 3) Escolas
 - 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
 - 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
 - 6) Outros - especifique: _____
 - 7) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
 - 8) Não atende adolescentes
-

59. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
 - 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
 - 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
 - 4) Livre declaração dos responsáveis
 - 5) Discussão de caso em equipe
 - 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
 - 7) Visita domiciliar
 - 8) Escuta individual e sigilosa
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda específica
 - 11) Não atende crianças e adolescentes
-

60. *Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos:*

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
 - 2) Denúncia ao DISQUE 100
 - 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
 - 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
 - 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
 - 6) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
 - 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
 - 8) Acompanhamento intersetorial
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda
 - 11) Não atende essa demanda específica
-

III.5 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

61. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) DST, HIV/aids e hepatites virais
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

62. As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
 - 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
 - 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
 - 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
 - 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
 - 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
 - 7) Orientação de atividades físicas
 - 8) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
 - 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
 - 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
 - 11) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
 - 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas
-

63. Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria Unidade
 - 2) Encaminha para serviço de referência
 - 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
 - 4) Discute o caso com supervisão externa
 - 5) Realiza busca ativa
 - 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
 - 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
 - 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas
-

64. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
 - 2) Acompanhamento com protocolo
 - 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
 - 4) Orientação de dieta
 - 5) Prevenção e tratamento de obesidade
 - 6) Solicitação periódica de exames
 - 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
 - 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
 - 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
 - 10) Orientação de atividade física
 - 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
 - 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 13) Outras atividades
 - 14) A Unidade não atende pacientes portadores de hipertensão arterial
-

65. Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
 - 2) Potássio
 - 3) Creatinina sérica
 - 4) Glicemia de jejum
 - 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
 - 6) Triglicerídeos
 - 7) Ácido úrico
 - 8) Eletrocardiograma – ECG
 - 9) Exame de fundo de olho
 - 10) Outros Quais: _____
 - 11) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial
-

66. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
 - 2) Acompanhamento com protocolo
 - 3) Orientação de dieta
 - 4) Prevenção e tratamento de obesidade
 - 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
 - 6) Solicitação periódica de exames
 - 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
 - 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
 - 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
 - 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
 - 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
 - 12) Orientação de atividade física
 - 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
 - 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II
-

67. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
 - 2) Urina I
 - 3) Microalbuminúria
 - 4) Creatinina sérica
 - 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
 - 6) Triglicerídeos
 - 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
 - 8) Exame de fundo de olho
 - 9) Eletrocardiograma – ECG
 - 10) Outros Quais: _____
 - 11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II
-

68. As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
 - 2) DST/ aids e hepatites virais
 - 3) Andropausa
 - 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
 - 5) Paternidade e relações familiares
 - 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
 - 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
 - 8) Situações de violência
 - 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
 - 10) Risco cardiovascular
 - 11) Incontinência urinária masculina
 - 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
 - 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
 - 14) Outras - especifique: _____
 - 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens
-

69. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
 - 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
 - 3) Prevenção de quedas
 - 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
 - 5) Orientação sobre alimentação
 - 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids
 - 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
 - 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
 - 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
 - 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 11) Investigação do suporte familiar e social
 - 12) Atenção domiciliar
 - 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
 - 14) Outros - especifique: _____
 - 15) Não existem atividades específicas para idosos
-

70. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
 - 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
 - 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
 - 4) Livre declaração do idoso
 - 5) Discussão de caso em equipe
 - 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
 - 7) Visita domiciliar
 - 8) Escuta individual e sigilosa
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda específica
 - 11) Não atende idosos
-

71. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
 - 2) Denúncia ao DISQUE 100
 - 3) Denúncia à autoridade policial
 - 4) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
 - 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
 - 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da Unidade
 - 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
 - 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda
 - 11) Não atende essa demanda específica
-

72. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
 - 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
 - 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
 - 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
 - 5) Grupo de apoio aos cuidadores
 - 6) Outras - especifique: _____
 - 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores
-

73. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
 - 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
 - 3) Visitas periódicas com médico(a)
 - 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
 - 5) Orientações de higiene bucal
 - 6) Assistência odontológica domiciliar
 - 7) Orientações quanto aos direitos sociais
 - 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
 - 9) Registro das ações domiciliares em prontuário
 - 10) Atenção à família em caso de óbito
 - 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
 - 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 13) Não realizamos cuidados no domicílio
-

74. Na ATENÇÃO AO IDOSO a Unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos religiosos
 - 2) Associações de Bairro
 - 3) Centro de Convivência do Idoso
 - 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
 - 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
 - 6) CRAS
 - 7) CREAS
 - 8) Organização Não Governamental (ONG)
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
 - 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da Unidade
-

III.6 Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

75. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
 - 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
 - 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
 - 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
 - 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
 - 6) Capacitação da equipe
 - 7) Encaminhamento para outros serviços
 - 8) Outros Quais: _____
 - 9) Não realiza nenhuma atividade
-

76. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/AIDS, realizadas pela Unidade, consiste em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
 - 2) Escolares de nível fundamental
 - 3) Jovens e adolescentes
 - 4) Idosos
 - 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
 - 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
 - 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
 - 9) Não realizamos essas ações de forma planejada
-

77. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
 - 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
 - 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
 - 4) Não distribuímos preservativos nesta Unidade
-

78. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
 - 2) Aconselhamento pré teste
 - 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
 - 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
 - 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
 - 6) Tratamento sindrômico das DST
 - 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na Unidade
 - 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
 - 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
 - 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais
 - 11) Outros - especifique: _____
 - 12) A Unidade não atende DST/aids
-

79. Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição
 - 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
 - 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
 - 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
 - 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites
-

80. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV, hepatites B e C, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
 - 2) Convocação do paciente
 - 3) Notificação Compulsória
 - 4) Encaminhamento para serviços de referência
 - 5) Acompanhamento na própria Unidade
 - 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
 - 7) Orientações de cuidados com os parceiros
 - 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites
-

81. As ações realizadas por esta Unidade na atenção às pessoas com HIV são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis clinicamente e com imunidade preservada
 - 2) Conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV
 - 3) Busca ativa de faltosos ao seguimento quando acionada pelo serviço especializado em HIV/aids da região
 - 4) Atendimento de queixas agudas, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, Pré Natal e protocolos preventivos de câncer
 - 5) Não realiza atividades assistenciais nestes casos, as pessoas com HIV são atendidas em serviços especializados em HIV/aids
-

82. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para sífilis, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
 - 2) Convocação do paciente
 - 3) Notificação Compulsória
 - 4) Encaminhamento para serviços de referência
 - 5) Tratamento e seguimento na própria Unidade
 - 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
 - 7) Orientações de cuidados com os parceiros
 - 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites
-

83. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
 - 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
 - 3) Ações educativas
 - 4) Pesquisa de HIV
 - 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
 - 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
 - 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
 - 8) Tratamento supervisionado na Unidade
 - 9) Tratamento supervisionado no domicílio
 - 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
 - 11) Notificação Compulsória
 - 12) Capacitação da equipe
 - 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 14) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose
-

84. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
 - 2) Acompanhamento de casos
 - 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
 - 4) Ações educativas na família e na comunidade
 - 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
 - 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
 - 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
 - 8) Tratamento supervisionado na Unidade
 - 9) Tratamento supervisionado no domicílio
 - 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
 - 11) Notificação Compulsória
 - 12) Capacitação da equipe
 - 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 14) *Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase*
-

85. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
 - 2) Orientação para os cuidadores
 - 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
 - 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
 - 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
 - 6) Orientações quanto aos direitos sociais
 - 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
 - 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
 - 9) Vigilância e atenção em casos de violência
 - 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
 - 11) Capacitação da equipe
 - 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 13) *Não realizamos atenção a pessoas com deficiências*
-

86. As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
 - 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
 - 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
 - 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
 - 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
 - 6) Encaminhamento para serviços de referência
 - 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
 - 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
 - 9) Orientações quanto aos direitos sociais
 - 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
 - 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador
-

87. No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
 - 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
 - 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
 - 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
 - 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
 - 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
 - 7) Profilaxia pós exposição (PEP) até 72h e de acordo com avaliação de risco
 - 8) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
 - 9) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
 - 10) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
 - 11) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
 - 12) Encaminhamento para serviço de referência
 - 13) Nenhuma das condutas anteriores
-

88. As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
 - 2) Investigação do uso de outras drogas
 - 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
 - 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
 - 5) Redução de danos
 - 6) Intervenção Breve
 - 7) Grupos de apoio ao usuário
 - 8) Grupos de apoio aos familiares
 - 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
 - 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
 - 12) Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
 - 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
 - 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
 - 15) Outros - especifique: _____
 - 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
 - 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda
-

89. As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS (exceto o álcool) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
 - 2) Investigação do uso de álcool
 - 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
 - 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
 - 5) Redução de danos
 - 6) Intervenção Breve
 - 7) Grupos de apoio ao usuário
 - 8) Grupos de apoio aos familiares
 - 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
 - 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
 - 12) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
 - 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
 - 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)
 - 15) Outros - especifique: _____
 - 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
 - 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda
-

90. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
 - 2) Visita domiciliar periódica
 - 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
 - 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
 - 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
 - 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
 - 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
 - 8) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
 - 9) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
 - 10) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
 - 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não realizamos atendimento dessa população específica
-

91. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) A critério médico, em cada consulta
 - 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
 - 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
 - 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
 - 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos
-

92. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
- 7) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 8) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
- 9) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 10) Comunidades Terapêuticas
- 11) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 12) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 13) Consultório na Rua
- 14) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 15) Outros Quais: _____
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

III.7 Saúde Bucal

93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

94. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

95. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
- 2) Restauração de amálgama
- 3) Restauração com resina composta
- 4) Extração de dente
- 5) Drenagem de abscesso
- 6) Sutura
- 7) Frenectomia
- 8) Remoção de cistos
- 9) Acesso à polpa dentária
- 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 11) Coleta de material para biópsia
- 12) Pulpotomia
- 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 14) Tratamento de alveolite
- 15) Ulotomia/Ulectomia
- 16) Cimentação de prótese
- 17) Outro. Qual (is): _____
- 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV. GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

96. Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)
- 3) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 4) Sistema de informação próprio do município
- 5) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 6) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 7) SIS Pré Natal
- 8) SIS HIPERDIA
- 9) Outros sistemas de informação. Quais: _____
- 10) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

97. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas médicas
 - 2) Número de consultas de enfermagem
 - 3) Número de atendimentos odontológicos
 - 4) Número de consultas por faixa etária
 - 5) Número de grupos realizados
 - 6) Número de vacinas realizadas
 - 7) Número de coletas de Papanicolaou
 - 8) Número de visitas domiciliares
 - 9) Número de atendimentos não agendados ou “extras”
 - 10) Faltas em atendimentos agendados
 - 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não realiza registro de nenhuma informação
-

98. Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
 - 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
 - 3) Não são utilizados para planejamento
-

99. O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade
 - 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
 - 3) Dados epidemiológicos da população do município
 - 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade
 - 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
 - 6) Discussões com a participação dos usuários
 - 7) A Unidade não realiza planejamento local
-

100. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
 - 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
 - 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
 - 4) Sem definição de área de abrangência
-

101. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
 - 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
 - 3) Dados do cadastro das famílias
 - 4) Estudos na comunidade
 - 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
 - 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento
-

102. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
 - 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
 - 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
 - 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
 - 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
 - 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais: _____
 - 7) Não participou de nenhuma avaliação
-

103. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
 - 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
 - 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
 - 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
 - 5) Não houve modificações
 - 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior
-

IV.2 Características do Processo Gerencial

104. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
 - 2) Médico
 - 3) Dentista
 - 4) Assistente Social
 - 5) Outro profissional. Qual: _____
 - 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
 - 7) Essa Unidade não tem gerente
-

105. A carga horária do GERENTE da Unidade é de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
 - 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerência
 - 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
 - 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerência
 - 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
 - 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerência
 - 7) Outra Qual: _____
 - 8) Essa Unidade não tem gerente
-

106. O relacionamento predominante da Unidade com o NÍVEL CENTRAL (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
 - 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
 - 3) Visita eventual de supervisão
 - 4) Comunicações escritas ou por internet
 - 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central
-

107. As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Semanal
 - 2) Quinzenal
 - 3) Mensal
 - 4) Bimestral ou intervalos maiores
 - 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
 - 6) Não ocorreram reuniões
-

108. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Atualizações técnicas
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não ocorreram reuniões

109. No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO:

Selecione um item para cada alternativa

	<i>Não tem o profissional</i>	<i>Educação permanente</i>	<i>Cursos treinamentos presenciais</i>	<i>Cursos online/EAD</i>	<i>Especialização</i>	<i>Congressos</i>	<i>Não fez nenhuma capacitação</i>
<i>Médicos</i>							
<i>Enfermeiros</i>							
<i>Dentistas</i>							
<i>Farmacêuticos</i>							
<i>Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem</i>							
<i>Auxiliares/ Técnicos de Higiene Dental</i>							
<i>Auxiliares de Farmácia</i>							
<i>Agentes Comunitários</i>							
<i>Profissionais Administrativos</i>							
<i>Outros profissionais</i>							
<i>Quais:</i>							

110. Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
 - 2) Saúde da Mulher
 - 3) Saúde da Criança
 - 4) Saúde do Homem
 - 5) Saúde do Idoso
 - 6) Saúde Mental
 - 7) DST e aids
 - 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
 - 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 10) Outros Quais: _____
 - 11) Não realizou atividades
-

111. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
 - 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
 - 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
 - 4) Reuniões periódicas do **Conselho Local de Saúde**
 - 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
 - 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
 - 7) Realização de **pré Conferências** à Conferência Municipal de Saúde
 - 8) Outros - especifique: _____
 - 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular
-

112. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
 - 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
 - 3) Site da internet
 - 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
 - 5) Diretamente à direção local da Unidade
 - 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
 - 7) Diretamente com o nível central
 - 8) Conselho Municipal de Saúde
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) Não há canais formais de reclamação
-

113. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal
- 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 17) Outros Quais: _____
- 18) Não existem obstáculos importantes

114. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gerente da Unidade
- 2) Médicos
- 3) Enfermeiros
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Equipe toda de profissionais
- 6) Secretário (a) Municipal de Saúde
- 7) Outros Quais: _____

115. Observações / Sugestões / Críticas:

RELAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

DOMÍNIO 1: PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (50 INDICADORES)

SUBDOMÍNIO 1.1 Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede (11 indicadores)

QUESTÕES	INDICADORES
24.5	Qualidade de vida e envelhecimento saudável foram temas abordados em ações na comunidade, no último ano.
25.1	Campanhas sobre diferentes temas (DST/aids, HA, DM, raiva, dengue, saúde do idoso e outros) compõem as estratégias de educação em saúde na comunidade.
25.3	Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade compõem as estratégias de educação em saúde na comunidade.
25.4	Atividades periódicas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros) compõem as estratégias de educação em saúde na comunidade.
25.5	Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade compõem as estratégias de educação em saúde na comunidade.
25.6	Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outras) compõem as estratégias de educação em saúde na comunidade.
27.1	Campanhas sobre diferentes temas (DST/aids, HA, DM, raiva, dengue, saúde do idoso e outros) compõem as estratégias de educação em saúde na unidade.
27.3	Grupos relativos a ações programadas (Pré natal, hipertensão e diabetes e outras) compõem as estratégias de educação em saúde na unidade.
27.4	Atividades em sala de espera compõem as estratégias de educação em saúde na unidade.
27.6	Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e da demanda dos usuários compõem as estratégias de educação em saúde na unidade.
54.12	Sexualidade e educação sexual São ações realizadas pela unidade em instituições para crianças (creches, escolas e outras).

SUBDOMÍNIO 1.2 Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para a superação (30)

QUESTÕES	INDICADORES
24.6	Violência (doméstica, sexual, relativa a crianças, idosos, outros) é tema abordado em ações de educação em saúde na comunidade.
24.7	Uso abusivo de álcool e outras drogas é tema abordado em ações de educação em saúde na comunidade.
26.10	Violência (doméstica, sexual, relativa a crianças, idosos, outros) é tema abordado em ações de educação em saúde na unidade.
26.11	Uso abusivo de álcool e outras drogas é tema abordado em ações de educação em saúde na unidade.
49.1 ou 49.4 ou 49.5	Estratégias utilizadas pela unidade para detecção da violência contra a mulher.
(50.4 ou 50.5 ou 50.6) e 50.3	Procedimentos realizados em caso de detecção de violência contra a mulher.
54.13	Prostituição infantil é abordada em ações realizadas pela unidade em instituições para crianças (creches, escolas e outras).
56.9	Orientações quanto ao uso de álcool e drogas são ações realizadas, de rotina, na unidade na atenção ao adolescente.
57.3	Prostituição na adolescência é abordada em ações na comunidade (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao adolescente.
57.4	Uso de álcool, tabaco e outras drogas é abordado em ações na comunidade (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao adolescente.
59.1 ou 59.2 ou 59.6 ou 59.7 ou 59.8	Estratégias utilizadas pela unidade para detecção de violência contra crianças e adolescentes.
60.3 e 60.5 e 60.6 e 60.7 e 60.8	Procedimentos realizados em caso de detecção de violência contra crianças e adolescentes.
68.7	Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas é abordado em ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade.
68.8	Situações de violência são abordadas em ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade.
69.7	Orientações sobre os direitos da pessoa idosa compõem ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção aos idosos.
69.10	Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas compõe ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção aos idosos.
69.11	Investigação do suporte familiar e social compõe ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção aos idosos.
70.1 ou 70.5 ou 70.6 ou 70.7 ou 70.8	Estratégias utilizadas pela unidade para detecção de situações de violência contra idosos.
71.4 e 71.5 e 71.6 e 71.7 e 71.8	Procedimentos realizados em caso de detecção de violência contra idosos.
72.2	Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência são abordadas em ações dirigidas a cuidadores de idosos e acamados.
73.7	Orientações quanto aos direitos sociais compõem o cuidado de pessoas acamadas.
73.8	Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas compõem o cuidado de pessoas acamadas.
73.12	Deteção, suporte e acompanhamento para as situações de violência compõem o cuidado de pessoas acamadas.
85.6	Orientações quanto aos direitos sociais compõem a atenção a pessoas com deficiências – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais).
85.7	Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas compõem a atenção a pessoas com deficiências – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais).
85.9 e 85.12	Deteção, suporte, acompanhamento e vigilância para as situações de violência compõem a atenção a pessoas com deficiências – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais).
86.10	Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela integram ações realizadas pela unidade para atenção à saúde do trabalhador.
(88.3 e 88.8 e 88.9) e (88.10 ou 88.11)	Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela integram ações realizadas pela unidade para atenção à saúde do trabalhador.
(89.3 e 89.8 e 89.9) e (89.10 ou 89.11)	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas (exceto o álcool).
90.11	Deteção, suporte e acompanhamento para as situações de violência compõem ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais.

SUBDOMÍNIO 1.3: Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução (7)

QUESTÕES	INDICADORES
26.7	Climatério e menopausa foram temas abordados em ações de educação em saúde na unidade.
51.11	Orientação sobre sexualidade e educação sexual compõem ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na atenção às crianças.
56.1	Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência compõem as ações realizadas, de rotina, na unidade na atenção ao adolescente.
68.3	A andropausa é abordada em ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade.
68.4	Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais são abordadas em ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade.
69.6	Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids compõem ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção aos idosos.
85.8	Ações para a saúde sexual e reprodutiva são desenvolvidas na atenção a pessoas com deficiências – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais).

DOMÍNIO 2: PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS (80 INDICADORES)

SUBDOMÍNIO 2.1: Prevenção e diagnóstico das DST/aids e hepatites virais (33)

QUESTÕES	INDICADORES
18.10	A profilaxia pós exposição (PEP) é um procedimento realizado de rotina pela unidade.
19.2	Vacina contra Hepatite B é aplicada de rotina na unidade.
19.19	A vacina contra HPV é aplicada de rotina na unidade.
20.4	O teste rápido para HIV é um exame feito na unidade.
20.5	O teste rápido para sífilis é um exame feito na unidade.
20.6	O teste rápido para hepatites virais é um exame feito na unidade.
24.8	Prevenção de DST e aids está entre os principais temas de educação em saúde abordados em ações na comunidade (atividades “extramuros”), no último ano.
26.1	Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama) foi abordada em ações de educação em saúde desenvolvidas na unidade, no último ano.
26.2	DST e aids foram abordadas em ações de educação em saúde desenvolvidas na unidade, no último ano.
32.2	Coleta de citologia oncótica (Papanicolaou) é ação regularmente desenvolvida para a saúde da mulher.
32.4	Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais é ação regularmente desenvolvida para a saúde da mulher.
33.4	A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncótica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada a cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais.
COLUNA1 (39.7 e 39.8 e 39.11 e 39.12 e 39.16) e COLUNA 3(39.7 e 39.8 e 39.11 e 39.12)	Exames relacionados a DST/aids solicitados de rotina para todas as gestantes durante o pré-natal de baixo risco.
40.11	O pré-natal do parceiro é abordado nos atendimentos de pré-natal.
40.8	A prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV) é abordada nos atendimentos de pré-natal.
56.6	Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids compõem ações realizadas, de rotina, na unidade na atenção ao adolescente.
56.7	Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais compõem ações realizadas, de rotina, na unidade na atenção ao adolescente.
57.1	Sexualidade e prevenção de DST/aids são temas abordados em ações na comunidade (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao adolescente.
57.7	Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV) é tema abordado em ações na comunidade (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao adolescente.
61.7	Prevenção de câncer de colo de útero e de mama compõem ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto.
68.2	DST/ aids e hepatites virais são abordadas em ações para homens na unidade.
76.1	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui população em geral durante campanhas.
76.2	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui escolares de nível fundamental.
76.3	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui jovens e adolescentes.
76.4	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui idosos.
76.5	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas.
76.6	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais).
76.7	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui grupos vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros.
76.8	O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela unidade, inclui instituições na comunidade como centros de convivência.
77.2	Na rotina, o critério utilizado para dispensação de preservativos femininos é a exposição em local de fácil acesso.
83.4	Na atenção aos casos de tuberculose é realizada a pesquisa de HIV.
88.13	As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool incluem a disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids.
89.13	As ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas (exceto o álcool) incluem a disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids.

SUBDOMÍNIO 2.2: Tratamento, parceria com outros serviços de apoio aos pacientes com DST/aids e Hepatites Virais (27)

QUESTÕES	INDICADORES
18.9	A aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil) é um procedimento realizado de rotina nesta unidade.
COLUNA1(22.1)	O acesso aos medicamentos para DST previstos na RENAME (Relação nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica é regular.
32.5	O diagnóstico e o tratamento de DTS são ações regularmente desenvolvidas para a saúde da mulher.
44.1	Nos casos de gestante com diagnóstico de sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é realizado na unidade tanto para a gestante como para o parceiro.
45.3	Nos casos de gestante com HIV positivo, o pré-natal é realizado em serviço de referência, mas mantém-se, simultaneamente, acompanhamento na unidade.
61.14	DST, HIV/aids e hepatites virais são ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto.
68.2	DST / aids e hepatites virais são abordadas em ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade.
78.1	Em caso sugestivo de DST/aids, são realizadas orientações sobre o uso de preservativo (camisinha).
78.2	Em caso sugestivo de DST/aids, é realizado aconselhamento pré-teste para exames de investigação de outras DST, HIV e Hepatites Virais.
78.3	Em caso sugestivo de DST/aids, é realizado teste rápido ou sorologia para HIV.
78.4	Em caso sugestivo de DST/aids, teste rápido ou sorologia para hepatites virais.
78.5	Em caso sugestivo de DST/aids, teste rápido ou sorologia para sífilis.
78.6	Em caso sugestivo de DST/aids, é realizado tratamento sintomático das DST.
78.7	Em caso sugestivo de DST/aids, é realizada investigação etiológica e tratamento das DST na unidade.
78.8	Em caso sugestivo de DST/aids, é realizada orientação para a vinda do (s) parceiro (s) para avaliação e aconselhamento.
78.10	Em caso sugestivo de DST/aids, são realizados encaminhamentos para serviços de referência em casos de aids e Hepatites Virais.
80.4	Nos casos com resultado positivo das sorologias para HIV, hepatites B e C, a unidade realiza encaminhamento para serviços de referência.
80.5	Nos casos com resultado positivo das sorologias para HIV, hepatites B e C, o acompanhamento é realizado na própria unidade.
80.6	Nos casos com resultado positivo das sorologias para HIV, hepatites B e C, a unidade realiza orientações sobre diagnóstico e tratamento.
80.7	Nos casos com resultado positivo das sorologias para HIV, hepatites B e C, a unidade realiza orientações de cuidados com os parceiros.
81.1	Esta unidade acompanha e trata pacientes com HIV/aids clinicamente estáveis e com imunidade preservada.
81.2	Esta unidade conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV.
81.3	Esta unidade realiza busca ativa de pacientes faltosos ao seguimento de HIV/aids, quando acionada pelo serviço de atenção especializada da região.
81.4	Esta unidade realiza atendimento de pessoas com HIV/aids, em caso de queixas agudas e acompanhamento de condições crônicas, vacinação, pré-natal natal e protocolos preventivos de câncer.
82.5	Nos casos com resultado positivo das sorologias para sífilis, a unidade realiza tratamento e seguimento na própria unidade.
82.6	Nos casos com resultado positivo das sorologias para sífilis, a unidade realiza orientações sobre diagnóstico e tratamento.
82.7	Nos casos com resultado positivo das sorologias para sífilis, a unidade realiza orientações de cuidados com os parceiros.

SUBDOMÍNIO 2. 3; Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção. (20)

QUESTÕES	INDICADORES
21.3	Os resultados dos exames são avaliados quando chegam na unidade.
31.10	É realizada convocação de faltosos em atividades de vacinação.
31.11	É realizada convocação de faltosos em caso de tuberculose, hanseníase e HIV/aids.
31.12	É realizada convocação de faltosos em caso de sífilis.
31.8	É realizada convocação de faltosos em caso de exames alterados.
48.2	Não houve nenhum caso de sífilis congênita entre os recém-nascidos de gestantes que realizaram pré-natal nesta unidade.
75.1	Em caso de Doença de Notificação Compulsória na área de abrangência da unidade é realizada busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente.
75.2	Em caso de Doença de Notificação Compulsória na área de abrangência da unidade é realizado o preenchimento de ficha de Notificação Compulsória.
75.3	Em caso de Doença de Notificação Compulsória na área de abrangência da unidade são realizadas ações de educação e prevenção para os usuários da unidade.
75.4	Em caso de Doença de Notificação Compulsória na área de abrangência da unidade são realizadas atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade.
75.5	Em caso de Doença de Notificação Compulsória na área de abrangência da unidade são realizadas ações de educação e prevenção na comunidade.
79.2	Nos casos com resultado negativo das sorologias para HIV e hepatites B e C a unidade informa o resultado ao paciente (presencialmente, por telefone, carta ou e-mail)
79.3	Nos casos com resultado negativo das sorologias para HIV e hepatites B e C a unidade orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros).
79.4	Nos casos com resultado negativo das sorologias para HIV e hepatites B e C a unidade orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras).
80.2	Nos casos com resultado positivo das sorologias para HIV, hepatites B e C a unidade realiza convocação do paciente.
80.3	Nos casos com resultado positivo das sorologias para HIV, hepatites B e C a unidade realiza Notificação Compulsória.
82.2	Nos casos com resultado positivo das sorologias para sífilis, a unidade realiza convocação do paciente.
82.3	Nos casos com resultado positivo das sorologias para sífilis, a unidade realiza notificação compulsória.
97.6	O número de vacinas aplicadas é um dado registrado de rotina pela unidade.
97.7	O número de coletas de Papanicolaou é um dado registrado de rotina pela unidade.

DOMÍNIO 3: ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA (48 INDICADORES)

SUBDOMÍNIO 3.1: Planejamento reprodutivo. (18)

QUESTÕES	INDICADORES
23.1	A pílula (anticoncepcional oral) foi um método contraceptivo disponível na unidade nos últimos 6 meses.
23.2	O Anticoncepcional injetável foi um método contraceptivo disponível na unidade nos últimos 6 meses.
23.3	A camisinha (preservativo masculino) foi um método contraceptivo disponível na unidade nos últimos 6 meses.
23.4	A camisinha (preservativo masculino) foi um método contraceptivo disponível na unidade nos últimos 6 meses.
23.5	O DIU foi um método contraceptivo disponível na unidade nos últimos 6 meses.
23.6	A pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) foi um método contraceptivo disponível na unidade nos últimos 6 meses.
23.7	O encaminhamento para a laqueadura como método contraceptivo foi disponibilizado pela unidade nos últimos 6 meses.
23.8	O encaminhamento para a vasectomia como método contraceptivo foi disponibilizado pela unidade nos últimos 6 meses.
24.1	EXCLUIR
24.2	Ações de educação em saúde na comunidade abordaram planejamento reprodutivo, no último ano.
26.4	Ações de educação em saúde na unidade abordaram planejamento reprodutivo, no último ano.
32.3	Planejamento Reprodutivo é uma ação regularmente desenvolvida para a saúde da mulher.
36.3	Quando o resultado do teste de gravidez é comunicado para a paciente, a equipe informa o resultado (positivo ou negativo) e orienta o início do Pré natal ou encaminha para cuidados preconceptivos ou contracepção, a depender do caso.
36.4	Quando o resultado do teste de gravidez é comunicado para a paciente, a equipe considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários.
46.9	Orientações sobre atividade sexual e contracepção são abordadas no puerpério imediato.
47.5	Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento são abordadas no puerpério tardio.
56.4	Planejamento reprodutivo é uma ação realizada de rotina na atenção à saúde do adolescente.
57.2	A gravidez na adolescência é um tema abordado em ações na comunidade (escolas, parques, clubes, etc.) para atenção aos adolescentes.
68.6	As ações regularmente programadas para a saúde do homem abordam métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência).

SUBDOMÍNIO 3.2: Atenção ao pré-natal e puerpério. (22)

QUESTÕES	INDICADORES
20.3	O teste de gravidez na urina é um exame feito na unidade.
31.1	A convocação é realizada no caso de gestantes faltosas.
31.2	A convocação é realizada no caso de falta à revisão pós-parto / puerpério.
32.1	O pré-natal e uma ação regularmente desenvolvida pela unidade.
37.1	A proporção média de gestantes com pré-natal no 1o trimestre é de 90% ou mais.
38.1 e 38.2 e 38.3 e 38.4	A unidade realiza ações de rotina para garantir o acesso das gestantes ao pré-natal de baixo risco.
COLUNA1(39.1 e 39.2 e 39.3 e 39.5 e 39.6 e 39.10 e 39.13 e 39.15) e COLUNA2(39.6) e COLUNA3(39.1 e 39.2 e 39.3 e 39.6 e 39.10 e 39.13)	Exames solicitados de rotina para todas as gestantes, conforme recomendado para cada trimestre (exceto exames relacionados à DST, HIV e hepatites virais).
40.1 e 40.2 e 40.3 e 40.4 e 40.5 e 40.6 e 40.7 e 40.9 e 40.10 e 40.12 e 38.5	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal.
42.4	As estratégias de educação em saúde direcionadas às gestantes incluem grupos periódicos para gestantes.
42.5	As estratégias de educação em saúde direcionadas às gestantes incluem grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares.
42.6	As estratégias de educação em saúde direcionadas às gestantes incluem organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade.
43.2	No caso de gestação de alto risco, a gestante é encaminhada ao serviço de referência e mantém o acompanhamento na unidade.
46.5	Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho) são abordadas no atendimento ao puerpério imediato.
46.10	Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas são abordadas no atendimento ao puerpério imediato.
46.11	O agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós-parto) é realizado no atendimento ao puerpério imediato.
46.1 e 46.2 e 46.3 e 46.4 e 46.6 e 46.7 e 46.8	Ações para a saúde da mulher e do bebê regularmente desenvolvidas no atendimento ao puerpério imediato.
47.1 e 47.2 e 47.3 e 47.4	Ações para a saúde da mulher e do bebê regularmente desenvolvidas no atendimento ao puerpério tardio.
47.6	Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas são abordadas no atendimento ao puerpério tardio.
47.7	Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN) são abordadas no atendimento ao puerpério tardio.
56.5	Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos é uma ação de rotina na atenção a adolescentes.
68.5	As ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade abordam Paternidade e relações familiares.
93.1	Gestantes compõem o público alvo do atendimento odontológico.

SUBDOMÍNIO 3.3: Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade (8)

QUESTÕES	INDICADORES
32.7	O atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista é uma ação regularmente desenvolvida para a saúde da mulher.
32.8	A detecção precoce de câncer de mama é uma ação regularmente desenvolvida para a saúde da mulher.
34.1 e 34.2 e 34.3 e 34.4 e 34.5	A unidade realiza ações de estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama.
35.2 e 35.4	A unidade solicita mamografia de rotina de acordo com critérios de rastreamento e para pacientes com risco elevado de câncer de mama.
61.6	As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto abordam prevenção de câncer de próstata.
68.9	As ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade abordam câncer de próstata e outras neoplasias.
68.11	As ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade abordam a incontinência urinária masculina.
68.12	As ações regularmente programadas para a saúde do homem nesta unidade abordam a impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros).

