



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
uma análise a partir do 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional
de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

Edmilson Calixto de Lima

João Pessoa-PB
2018

EDMILSON CALIXTO DE LIMA

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
uma análise a partir do 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional
de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

ORIENTADORES:

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

João Pessoa-PB
2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L732a Lima, Edmilson Calixto de.

Acolhimento à demanda espontânea na atenção básica à saúde: uma análise a partir do 2º ciclo de avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica / Edmilson Calixto de Lima.
- João Pessoa, 2018.

182 f. : il.

Orientação: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Coorientação: João Agnaldo do Nascimento.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Modelos de Decisão - Saúde. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Demanda Espontânea - acolhimento. 4. Saúde da família - SUS. 5. PMAQ-AB. I. Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo. II. Nascimento, João Agnaldo do. III. Título.

UFPB/BC


EDMILSON CALIXTO DE LIMA

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
uma análise a partir do 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional
de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018

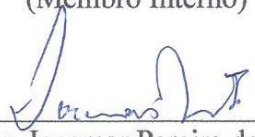
BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
(Orientador)



Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
(Orientador)

Prof. Dr. Ana Maria Gondim Valença
(Membro Interno)



Prof. Dr. Jozemar Pereira dos Santos
(Membro Interno)

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
(Membro Externo)

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Obrigado meu Deus, por essa graça alcançada, junto a você, tudo fica mais fácil, tudo fica mais belo, tudo se torna possível.

Ao meu pai Luis Calixto (in memoriam). Que mesmo não tendo a oportunidade do letramento, sei o quanto ele ficaria feliz desse momento de vitória da minha caminhada na vida acadêmica.

A minha mãe Maria Freires, mulher guerreira em todos os momentos lutando juntamente com o meu pai para propiciar o que fosse de melhor aos seus filhos, nos ensinamentos da vida, nos princípios morais, nos valores, na honestidade, na luta do dia a dia, e hoje posso retribuir um pouco desse ensinamento recebido ao longo da minha vida, com a concretização desse projeto do mestrado.

Aos meus irmãos, que sempre estiveram presentes em todos os momentos de minha vida, mesmo separados por distâncias geográficas em alguns momentos, mas sempre compartilhando da mesma vitória, da mesma alegria, do mesmo sucesso.

Ao meu orientador Prof. Rodrigo, obrigado por tudo, sei o quanto foi difícil essa jornada, principalmente nos momentos que por pouco, não desisti, e o senhor sempre com otimismo, motivação, tranquilidade, soube conduzir com uma maestria e compreensão até a finalização desse trabalho. Serei eternamente grato por todos os ensinamentos e acompanhamento recebidos.

Ao meu orientador e coordenador do curso João Agnaldo, todo o meu agradecimento por ter aceito o desafio da orientação, esse curso encontra-se em boas mãos para ser conduzido, todos nós alunos do curso lhe consideramos como um pai, pelo tratamento, pelo carinho, pelo zelo, pelo compromisso dispensado, estou muito grato e orgulhoso em fazer parte dessa família do Modelos de Decisão e Saúde – MDS, que Deus lhe projeta sempre.

Aos Professores do Mestrado, muito agradecido por cada contribuição de ensinamento recebido ao longo desses dois anos de convivência, todos altamente capacitados e comprometidos com o curso, e parabéns pela nota CAPES 5 em 2017.

À banca examinadora da qualificação e defesa desse estudo, Prof^a. Dr^a. Ana Maria, Prof. Dr. Jozemar Pereira e ao examinador externo Prof. Dr. Luciano Gomes, muito agradecido por ter aceitado o convite para conduzir a avaliação do meu trabalho, os meus mais sinceros votos de agradecimento.

Ao Secretário do programa, meu amigo Chico, presença marcante, nas cobranças dos prazos, nos lembretes das datas e no domínio de toda a legislação do programa, estaríamos todos perdidos sem a orientação desse profissional, obrigado por todos os momentos, principalmente nos momentos que quase cheguei à desistência, e você ligou para o meu orientador Rodrigo, para que eu não perdesse o prazo de matrícula.

Aos meus colegas Mestrandos e Doutorandos da turma 2016 e 2017, só nós mesmos tripulantes dessa nave MDS, sabemos o quanto foi difícil a caminhada até a chegada desse momento, os momentos de desespero com os infinitos trabalhos, os choros compartilhados nos resultados insatisfatórios em algumas atividades, a união nos momentos necessários para

ajudar os colegas, e, enfim, nos momentos de glória, de alegria que foram muito maiores do que os momentos delicados. Divido essa alegria com todos da turma, em especial a Dandara Palhano, pelas contribuições nesse trabalho e as demais amigas: Rayanne (BB RAY), Iracema, Maizza, e também até mesmo, aqueles que ficaram pelo caminho sem concluírem, mas com certeza, darão continuidade nos seus sonhos nos momentos oportunos.

A Coordenação do PMAQ na Paraíba, todos os integrantes desse grupo de pesquisa, minha gratidão, foi através desse grupo por incentivo do Prof. Luciano que ingressei nesse Mestrado, muito grato a todos, Prof.^a Ana Maria, Profa. Jória, Profa.. Juliana, Prof. Sales, Prof. Rodrigo, Supervisora Rochelle e demais supervisores de campo, entrevistadores de campo e ao amigo David, estivemos juntos durante os dois primeiros ciclos do PMAQ e na preparação do terceiro ciclo, que estamos aguardando iniciar o processo da coleta de dados ainda em 2018.

As minhas amigas do DISEI POTIGUARA (Milca Rego, Vanessa Locatelli e Zélia França), Obrigado por estarem ao meu lado durante essa caminhada, e por entenderem os meus momentos de ausências na chefia da DIASI.

Ao Secretário de Saúde de Cabedelo e amigo Jairo Gama e a todos os colegas que fazem parte dessa secretaria, pelo apoio nos momentos finais dessa jornada.

RESUMO

A Atenção Básica tem como característica receber uma enorme variedade de demanda oriunda dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para acompanhar a oferta de tratamento surge o PMAQ, inserido em um contexto do Governo Federal, desenvolvendo ações voltadas à melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Seu objetivo é avaliar os resultados da política de saúde. Uma de suas atribuições é avaliar o acolhimento, constituído como uma prática presente nas relações de cuidado. Neste trabalho, o foco é voltado para o acolhimento da demanda espontânea, tal demanda é entendida a partir de qualquer atendimento não programado na Unidade de Saúde representando uma necessidade momentânea do usuário. Para tanto, o objetivo desse trabalho é avaliar o acolhimento à demanda espontânea das Equipes de Saúde da Família, com base nos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB. Foi realizado um estudo seccional de base populacional, durante o 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, com realização de entrevista utilizando-se o instrumento de avaliação externa: saúde mais perto de você. A amostra contou com 29.778 unidades dos 27 estados federativos do Brasil. A partir do banco de dados secundários foram realizadas análises a partir de um modelo de decisão construído neste estudo. Observou-se que as regiões Sul e Sudeste obtiveram os melhores níveis de avaliação com relação à realização do acolhimento, em contrapartida as regiões Norte e Nordeste obtiveram as piores avaliações, tendo maioria de resultados insatisfatórios ou abaixo da média nacional. A região Centro Oeste apresentou resultados distribuídos de forma homogênea, estando neutro na avaliação. Destaca-se que o modelo de decisão desenvolvido neste estudo é de fácil manipulação, provendo uma ferramenta que possa auxiliar a gestão de saúde nas decisões que devem ser tomadas para a melhoria do acolhimento. Conclui-se que cada região deve ser considerada de acordo com a sua particularidade, mas que este estudo possa servir como um norte na melhoria do acolhimento na atenção básica de saúde nacional.

Palavras-chave: Acolhimento a Demanda Espontânea. Atenção Básica à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

ABSTRACT

The basic attention features receiving a huge variety of demand from users of the unified health system (SUS). To accompany the treatment offer comes the PMAQ, inserted in a context of the Federal Government, developing actions directed to improving access and quality in the SUS. Its objective is to evaluate the results of health policy. One of its tasks is to evaluate the greeting, constituted as a practice in the care relationship. In this paper, the focus is returned to the embracement of spontaneous demand. Such demand is understood from any unscheduled care in Health Unit representing a momentary need of the user. However, the purpose of this work is to evaluate the spontaneous demand of the family health teams, based on data from the second cycle of the PMAQ-AB. It was observed that the South and Southeastern regions have achieved the highest levels of evaluation with respect to the realization of greeting, *by contrast the North and northeast regions obtained the worst evaluations, having most unsatisfactory results or below the national average.* The Central West region presented results distributed homogeneously, and neutral in this evaluation. It is concluded that each region should be considered according to your particularity, but that this study can serve as a guide in improvement of embracement in the basic attention of national health.

Keywords: Embracement the spontaneous demand. Basic attention to health. Program Improving Access and Quality of Primary Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o acolhimento da demanda espontânea..... 25
- Figura 2** - Ilustração da classificação geral das equipes por macrorregião..... 60
- Figura 3** - Ilustração da classificação por categoria das equipes por macrorregião.... 61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da classificação das equipes na região Norte.....	57
Gráfico 2 - Distribuição da classificação das equipes na região Nordeste.....	58
Gráfico 3 - Distribuição da classificação das equipes na região Centro Oeste.....	58
Gráfico 4 - Distribuição da classificação das equipes na região Sudeste.....	59
Gráfico 5 - Distribuição da classificação das equipes na região Sul.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variáveis 1 a 4, resposta e pontuação atribuída.....	40
Tabela 2 -	Variáveis 5 e 6, respostas e valores atribuídos.....	41
Tabela 3 -	Variáveis 6, 7 e 8, Respostas e valores atribuídos.....	42
Tabela 4 -	Variáveis 11, 12 e 13. Respostas e valores atribuídos.....	42
Tabela 5 -	Variáveis 14, 15 e 16, Respostas e valores atribuídos.....	43
Tabela 6 -	Variáveis 15, 16 e 17, Respostas e valores atribuídos.....	44
Tabela 7 -	Desempenho para realização ou não de acolhimento.....	45
Tabela 8 -	Distribuição das equipes de acordo com o local de realização do atendimento ao acolhimento da demanda espontânea por macrorregiões	45
Tabela 9 -	Distribuição das equipes que realizam o acolhimento à demanda espontânea no turno da manhã por macrorregiões.....	46
Tabela 10 -	Distribuição das equipes em relação à quantidade de dias de realização o acolhimento à demanda espontânea por macrorregiões.....	47
Tabela 11 -	Distribuição das equipes que disponibilizam vagas para consultas de demanda espontânea por macrorregiões.....	47
Tabela 12 -	Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea no Brasil.....	48
Tabela 13 -	Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Norte.....	49
Tabela 14 -	Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Nordeste.....	49
Tabela 15 -	Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Centro Oeste.....	50
Tabela 16 -	Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Sul.....	50
Tabela 17 -	Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de	

	diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Sudeste.....	51
Tabela 18 -	Distribuição das equipes que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia, por macrorregiões.....	51
Tabela 19 -	Distribuição das equipes que apresentam tempo máximo de agendamento do usuário por macrorregiões.....	52
Tabela 20 -	Distribuição das equipes com o tempo que o usuário leva para conseguir agendar uma consulta por macrorregiões.....	52
Tabela 21 -	Distribuição das equipes com a quantidade de dias de agendamento das consultas nas unidades básicas de saúde por macrorregiões.....	53
Tabela 22 -	Distribuição das equipes com a organização do agendamento da consulta para os usuários por macrorregiões.....	53
Tabela 23 -	Distribuição das equipes com a forma que o agendamento pode ser realizado por macrorregiões.....	54
Tabela 24 -	Distribuição das equipes com o tempo de espera que o usuário leva da hora de chegada para o momento da primeira escuta/acolhimento por macrorregiões.....	54
Tabela 25 -	Distribuição das equipes com o tempo médio de espera do usuário do acolhimento para a realização da consulta por macrorregiões.....	55
Tabela 26 -	Distribuição das equipes que realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários por microrregiões.....	55
Tabela 27 -	Distribuição das equipes que os profissionais são capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários por macrorregiões.....	55
Tabela 28 -	Distribuição das equipes que dispõem de serviço para remoção do usuário, quando necessário por macrorregiões.....	56
Tabela 29 -	Distribuição das equipes com o tipo de serviço para remoção do usuário, quando necessário por macrorregiões.....	56
Tabela 30 -	Distribuição da classificação das equipes por macrorregião.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PMAQ-AB	– Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
ESF	– Estratégia Saúde da Família
SUS	– Sistema Único de Saúde
AB	– Atenção Básica
FSESP	– Fundação de Serviços de Saúde Pública
FUNASA	– Fundação Nacional de Saúde
SESAI	– Secretaria Especial de Saúde Indígena
DIASI	– Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI	– Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara
UFPB	– Universidade Federal da Paraíba
UFRGS	– Universidade do Rio Grande do Sul
EAD	– Ensino a Distância
UFcSPA	– Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
AP	– Atenção Primária
ESF	– Estratégia Saúde da Família
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
APS	– Atenção Primária à Saúde
PNH	– Política Nacional de Humanização
SF	– Saúde da Família
APS	– Atenção Primária a Saúde
PSF	– Programa de Saúde de Família
ABS	– Atenção Básica de Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
MS	– Ministério da Saúde
UBS	– Unidades Básicas de Saúde
DAB	– Departamento de Atenção Básica
IES	– Instituições de Ensino Superior
PCET	– <i>Primary Care Evaluation Tool</i>
AQ-PCP	– <i>Questionnaire for Primary Care Providers</i>
GPAQ	– <i>General Practice Assessment Questionnaire</i>
PACOTAPS	– Aplicativo para Atenção Primária em Saúde
PCA Tools	– <i>Primary Care Assessment Tool</i>
EUROPEP	– <i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i>
SGDAB	– Sistema de Gestão da Atenção Básica
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
USF	– Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVOS.....	19
1.1.1	Geral	19
1.1.2	Específicos	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE NA PERSPECTIVA DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPOTÂNEA.....	20
2.2	ACOLHIMENTO.....	21
2.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS) E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	26
2.4	ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	28
2.5	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
2.6	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM À ATENÇÃO BÁSICA: melhoria do acesso e qualidade na atenção básica (PMAQ).....	31
2.7	OS TIPOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
3	METODOLOGIA	36
3.1	CARACTERÍSTICA DO ESTUDO.....	36
3.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
3.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4	RESULTADOS	45
5	DISCUSSÃO	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
7	TRABALHOS REALIZADOS	66
	REFERÊNCIAS	67
	Anexo 1 – Parecer do comitê de ética do PMAQ.....	71
	Anexo 2 - Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade.....	72

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação se insere no tema Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica à saúde e levou em consideração a análise de dados a partir do segundo ciclo de avaliação externa Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

É importante destacar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se organizando no sentido de oferecer uma melhor qualidade de serviços aos usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim há esforços para reestruturar e reorganizar a Atenção Básica (AB) em Saúde no Brasil. Tais esforços são compreendidos como uma resposta de reorganização da prática assistencial que se distancia do modelo curativista. Desta forma, essa prática fundamenta-se em critérios, que levam em consideração o potencial de inserção dos sujeitos no cuidado. Por isso, pode ser entendida como uma nova linguagem no âmbito da Atenção Básica.

Nesse contexto, a Atenção Básica destaca-se como acolhimento constituído a partir de uma diretriz relevante do modelo tecnoassistencial em construção. Esta propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização mútua, compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Vale ressaltar que o acolhimento é uma característica importante quando se trata da demanda espontânea, ou seja, ao atendimento não programado na Unidade de Saúde, aquele que representa uma necessidade momentânea do usuário.

Entendendo a importância de tal demanda ser acolhida de forma satisfatória, esta dissertação propõe a seguinte problemática: Como os profissionais que atuam na Atenção Básica estão realizando o acolhimento de tal demanda?

Desta forma, o objetivo desse trabalho é avaliar o acolhimento da demanda espontânea das Equipes de Saúde da Família, com base nos dados do segundo ciclo do PMAQ.

Para responder nosso problema de pesquisa, procuramos os dados que constam no PMAQ, o qual foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.654/2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação tripartite, do qual, após longo debate, formularam-se estratégias com o objetivo de ampliar o acesso e melhoria da qualidade da AB no Brasil (BRASIL, 2011).

Entendemos que o PMAQ tem papel importante nesse contexto de Atenção Básica, pois o seu objetivo é desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no

SUS. Pois tal programa avalia os resultados da política de saúde, em todas as suas dimensões, contudo dispensa maior atenção para a Atenção Básica. Esse programa proposto pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro está organizado em quatro fases distintas, que se complementam e se conformam em processo ciclo e contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, sendo as fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB procura induzir a institucionalização de processos que ampliem a capacidade dos gestores federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

A justificativa para esse tema foi pautada em uma motivação pessoal advinda do decorrer da vida profissional, iniciada ainda muito cedo. No início da década de 1990, ingressei via concurso público, como Auxiliar de Enfermagem, na Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP. Tal instituição já era renomada na saúde pública, mesmo antes da criação do SUS, após todo o processo de municipalização e avanços desse sistema, encontro-me cedido da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA/PB para exercer suas atividades profissionais, na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cabedelo – Paraíba, como assessor de Gabinete.

Ao longo da vida profissional, venho desempenhando atividades profissionais em estabelecimentos de saúde, desde a atenção básica de saúde, chefia da Divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI, no Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguar (DSEI), secretarias municipais e estaduais de saúde, em diversos setores, até em hospitais especializados. Com as experiências adquiridas ao decorrer desse tempo, surgiu a necessidade de avançar nos estudos, ingressando em 2005 no curso de graduação em Administração com habilitação em administração hospitalar, em seguida MBA em Gestão Estratégica de Pessoas na Administração Pública e Pós-graduação em Avaliação dos Serviços de Saúde, até ao projeto atual de mestrado em Modelo de Decisão na Universidade Federal da Paraíba–UFPB. Em 2011 surgiu a oportunidade de ingressar no campo da pesquisa, momento que foi publicado um edital para selecionar supervisores e avaliadores da qualidade, no âmbito da Atenção Básica em Saúde, dentro do Programa de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB. Selecionado como supervisor, desenvolvi o trabalho de campo no estado da Paraíba – PB, Mato Grosso – MT; Mato Grosso do Sul – MS, coordenado pela Universidade do Rio Grande do Sul – UFRGS em parceria com Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Após o término do período de coleta, foi criado, na UFPB, um grupo de

trabalho para realizar estudos com os dados do PMAQ-AB, desde o primeiro ciclo de avaliação, formado por professores do Departamento de Medicina, Odontologia e Nutrição da UFPB e, Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG e de alguns supervisores e avaliadores que permaneceram no projeto para tratamento dos dados e demais demanda da UFRGS.

Em 2014, ocorreu o segundo ciclo do PMAQ, nessa etapa a participação foi mais intensa, pois além de participar como supervisor de campo no estado da Paraíba, e integrante da força de trabalho para aplicar a avaliação do estado de São Paulo, desenvolvia a atividade de tutor do Curso de Pós-graduação de Avaliação de Saúde, na modalidade de Ensino a Distância – EAD, para os avaliadores da qualidade, esse curso, fazia parte como requisito imprescindível para os integrantes da força de trabalho dos avaliadores da qualidade, fornecida pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFcSPA. Diante de tal contexto, sinto-me a vontade para escrever este trabalho de dissertação, pois além do referencial consultado e citado, recorro também à empiria que facilita a construção do presente texto.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Avaliar o acolhimento da demanda espontânea das Equipes de Saúde da Família, com base nos dados do segundo ciclo do PMAQ.

1.1.2 Específicos

Para um melhor detalhamento, elencamos os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever as características do acolhimento da demanda espontânea das ESF do Brasil e das macrorregiões;
2. Verificar as principais fragilidades do acolhimento à demanda espontânea no Brasil e nas macrorregiões;
3. Comparar os resultados descritos por macrorregiões;
4. Construir um modelo de tomada de decisão que avalie o acolhimento à demanda espontânea das ESF do Brasil e nas macrorregiões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE NA PERSPECTIVA DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPOTÂNEA

O próprio nome Atenção Básica já pressupõe cuidado, acolhimento e se constitui em uma real tentativa minimamente possível de dar um tratamento digno aos usuários do SUS.

Conforme Starfield (2004, p. 21):

A atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamento que melhorem a qualidade global de vida e de seu funcionamento.

Nesse sentido, é possível dizer que a atenção básica é uma estratégia que vem sendo discutida no âmbito internacional desde a Conferência de Alma Ata em 1978, como modelo de organização da assistência à atenção à saúde da população de forma individualizada ou coletiva, com práticas de ações integradas de promoção da saúde e ações curativas, já adotada em diversos países como forma de organizar a assistência à saúde.

O Brasil, não diferente dos demais países, posto que utilize desse modelo Atenção Primária (AP), aqui denominado de Atenção Básica (AB), como forma de ordenamento de atenção à saúde em seu primeiro nível, através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Diversificados esforços têm sido empreendidos ao longo dos anos, no sentido de ajustar as ESF, com a proposta da Carta de Alma Ata e as diretrizes previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dentro do contexto do país com suas especificidades territoriais, culturais, sociais e econômicas.

Os países que aderiram a APS como base para seus sistemas de saúde, dentre eles Canadá e Inglaterra, embasaram as políticas de saúde de caráter universal nos direitos sociais, buscando a ampliação do acesso e maior integração entre os serviços, mudanças na estrutura de ação da gestão, com forte preocupação na eficácia da utilização do modelo da APS. Para tanto, foi tomada a adoção de ações de acompanhamento e avaliação, a fim de acompanhar a evolução dos resultados nos indicadores de saúde (CONNIL, 2006).

É importante destacar que a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) nos diversos países, a exemplo dos países pertencentes à comunidade europeia, vem sendo praticada, de modo que cada um possa realizar suas adaptações seguindo as diversidades

culturais, sociais e econômicas de cada localidade e país, contudo a essência de desenvolvimento seria a mesma (ANDRADE et al., 2006).

Seguindo essa tendência de monitoramento, acompanhamento dos resultados e indicadores, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e entre elas, destacam-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com sua primeira versão aplicada em 2011.

Entre os anos de 2011 a 2015 foram realizados dois ciclos de avaliações externas do PMAQ e em 2017 e 2018 encontra-se em pleno processo de realização do terceiro ciclo do programa, em todo o território brasileiro, gerando grandes bancos de dados que necessitam ser explorado, para gerar informações e subsidiar os gestores e equipes de saúde no processo de tomada de decisão. A utilização de ferramentas de apoio a tomadas de decisão em todas as áreas, isto se aplica ao setor público de saúde, sendo oportuno e essencial na identificação das lacunas problemáticas apontadas nos dados oriundos da aplicação das avaliações externas dos serviços e equipes de saúde (LUNKES et al., 2016).

Em se falando de atenção básica, o acolhimento tem um importante papel, pois entendemos que a prática não se limita a um local ou um ambiente, horário ou profissional específico para executá-la. Transpassa tais aspectos e baseia-se no compartilhamento de saberes e do cuidar com responsabilidade e postura ética. Considera-se um dispositivo operacional para proporcionar melhoria ao acesso dos serviços de saúde aos usuários. Os profissionais da saúde precisam ter equilíbrio em relação à sensibilidade, pois esse acolhimento deve ser realizado levando-se em consideração a situação de fragilidade em que se encontram os pacientes que procuram o SUS.

2.2 ACOLHIMENTO

O acolhimento é concebido como uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O referido acolhimento consta nos documentos oficiais e é definido como a recepção do usuário no serviço de saúde. Tal ação inclui a responsabilização dos profissionais pelo usuário. Diante disso, um ponto relevante nesse contexto é a escuta qualificada de queixas e angústias dos usuários, além da inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário.

Estudos nacionais apresentam o acolhimento sob vários pontos de vista. Levando-se em consideração que se trata de uma etapa do processo de trabalho, o qual pode ser realizado

em um espaço físico determinado e por meio de uma equipe designada para atender à demanda da população adscrita. Sendo assim, o acolhimento passa a ser pensado como uma “relação de ajuda”, em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo simultaneamente “objetos e agentes da ação”, pois opinam e tomam decisões (GARUZI M et al., 2014).

Outro ponto que merece destaque é o acolhimento associado ao vínculo, nessa perspectiva, há alguns estudos nos quais os autores defendem um acolhimento como um arranjo tecnológico que objetiva assegurar acesso aos usuários. Dessa forma, o acolhimento tem como finalidade ouvir todos os pacientes, resolver os problemas mais simples ou referenciar os pacientes, se necessário. Tal estratégia implica um atendimento com resolubilidade e responsabilização com foco na construção de um momento de aproximação entre o profissional da saúde com o usuário, possibilitando, assim, o resgate de valores de solidariedade, cidadania, respeito com o outro e estabelecimento de vínculo entre os envolvidos.

Portanto, tais ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho da ESF e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário/família. Acredita-se que o vínculo pode favorecer uma relação de cumplicidade, já que se caracteriza como um momento em que o usuário deve ficar mais a vontade com os profissionais, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos. Entretanto para ocorrer tal vínculo, é indispensável que haja empatia e respeito. Os elementos que denotam a formação do vínculo baseiam-se no reconhecimento mútuo entre serviço e comunidade, pois não se estabelece vínculo sem a condição de sujeito, sem a livre expressão do usuário, por meio da fala, julgamento e desejo (GARUZI M. et al., 2014).

É importante ressaltar que na conjuntura atual de construção do SUS, é essencial a proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde. Segundo Franco et al. (2014), o acolhimento sugere inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios:

- (a) Atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- (b) Reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;
- (c) Qualificar a relação, trabalhador – usuário, a partir de parâmetros humanitários de

solidariedade e cidadania.

Desta forma, o acolhimento deve ter como ponto principal viabilizar o acesso com foco num atendimento, propiciando vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica.

Partindo desse princípio, o acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como a porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Nesse sentido, é fundamental a avaliação de experiências como a Estratégia Saúde da Família a partir do olhar de profissionais e usuários sobre que acesso e que acolhimento estão sendo produzidos no cotidiano de suas práticas (SOUZA et al., 2008).

Outro ponto que merece ser destacado diz respeito à forma como deve se organizar a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade, uma vez que é preciso se levar em consideração as determinadas demandas e características locais. Assim, é muito importante que a equipe tenha a capacidade de decidir sobre o modo de estruturar o acolhimento, considerando a quantidade de pessoas e a situação social da população adscrita à sua equipe (BRASIL, 2013).

Há essa necessidade em decorrência da peculiaridade de cada população, uma vez que em muitos casos, existe população que vive em situações em piores condições econômicas do que outras, com pouca oferta de serviços públicos e de restritas áreas sociais de convivência e em decorrência disso, tendem a apresentar maior quantidade de doentes. Sendo assim, a proposta de acolhimento constante da Política Nacional de Humanização (PNH) visa a atender às demandas do coletivo e do individual focando a resolutividade na assistência prestada aos usuários. A PNH se propõe a ser instrumento frente aos desafios presentes na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja meta é suprir as reais necessidades da população brasileira. O modelo operacional das ações de atenção básica deve estar norteado pelo binômio demanda-oferta e não mais oferta-demanda atualmente vigente (BRASIL, 2010).

Acredita-se, então, que para o acolhimento se tornar uma prática institucionalizada, se faz necessário que os profissionais sejam capacitados, além disso, é preciso que o ambiente seja favorável, seguro e confortável, com condições dignas, como preconiza o SUS. A estratégia do acolhimento precisa conjugar uma eficaz recepção administrativa e um ambiente terapêutico para a realização da avaliação do estado de saúde e classificação de risco de cada usuário, não atuando apenas como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço saúde (BRASIL, 2010).

Diante dessas considerações, entende-se que o acolhimento faz muita diferença no atendimento ao usuário, desse modo, tal reorganização do processo de trabalho é imperativa no sentido de um deslocamento do seu eixo central da prática médica para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta sensível do usuário, comprometendo-se a buscar respostas ao problema de saúde (BRASIL, 2010).

Ainda é importante destacar que o acolhimento é uma diretriz relevante do modelo technoassistencial em construção. O qual propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização mútua, compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Entretanto, tal prática não se limita a um local ou um ambiente, horário ou profissional específico para executá-la. Ela vai além se baseando no compartilhamento de saberes e do cuidar com responsabilidade e postura ética. Ou seja, é um dispositivo operacional para proporcionar melhoria ao acesso dos serviços de saúde aos usuários. O desenvolvimento do acolhimento como tecnologia leve fundamental caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso universal à AB e aos demais níveis do sistema (MACEDO et al.,2011)

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), a prática do acolhimento deve ser um dispositivo que constrói práticas de saúde capazes de escutar demandas que emergem da realidade vivida. Tal prática precisa ser representada por um conjunto de ações que evidencie a dinâmica de trabalho da equipe de Saúde da Família (SF), construindo um modelo assistencial capaz de envolver todos os profissionais na realização da assistência, na escuta de qualidade e na resolutividade dos problemas de saúde dos usuários. Contudo, a efetivação do acolhimento depara-se com entraves cotidianos, no que se refere ao despreparo dos profissionais, à dinâmica de trabalho centrada no modelo tradicional e à deficiência de estrutura física adequada das unidades de saúde. Diante dessas fragilidades, o acolhimento torna-se uma prática ainda nebulosa para as equipes de SF.

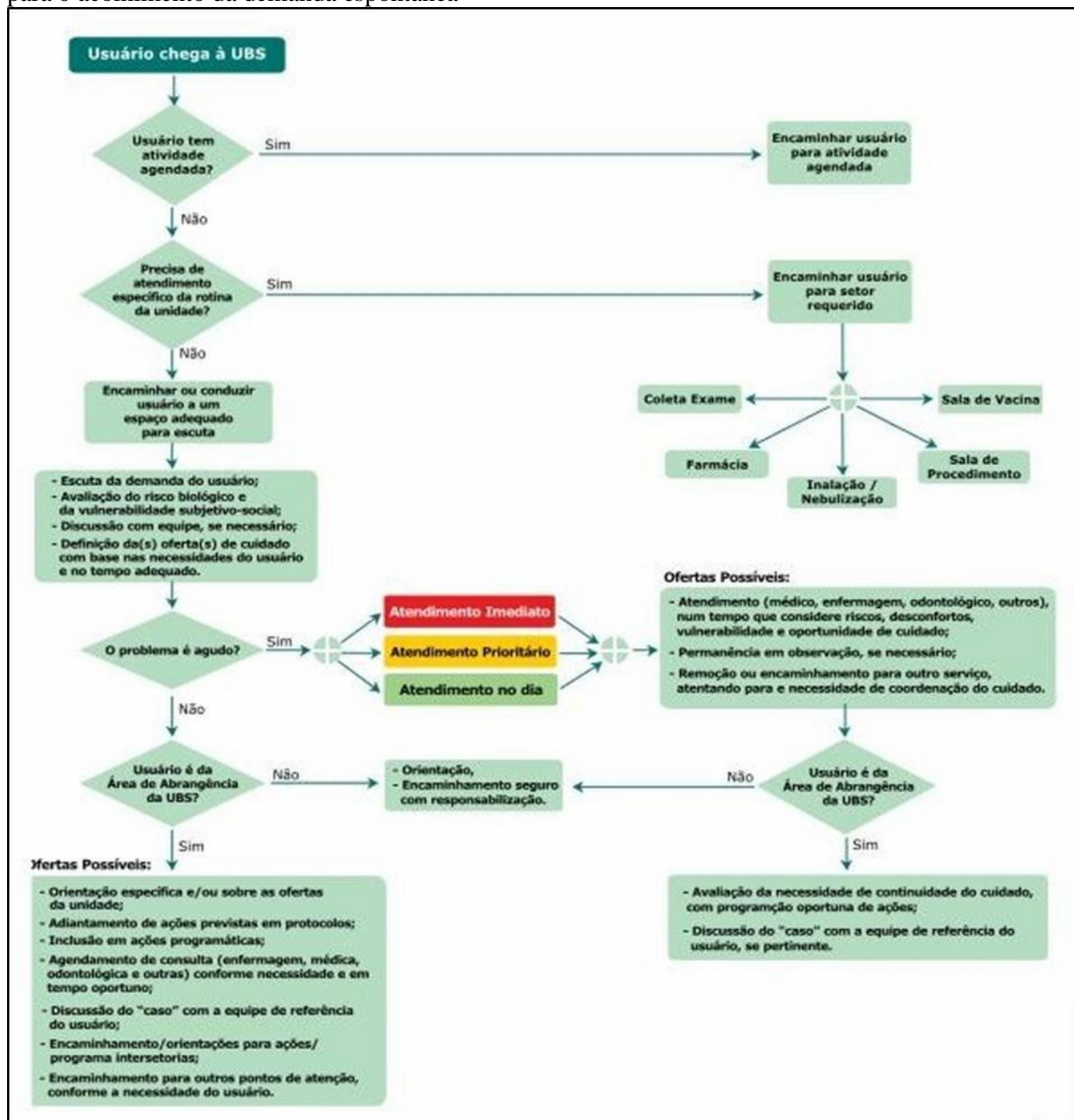
Embora os conceitos que permeiam a operacionalização sejam bem compreendidos pelos profissionais, nos processos de triagem ela é observada de forma inferior, assim como em procedimentos de encaminhamento, agendamento de consulta, regras de acesso, ações reduzidas e focais, sendo todos esses considerados sinônimos de acolhimento. O acolhimento demanda mudança no posicionamento não só dos profissionais, mas também dos usuários e gestores, que devem compreendê-lo como parte de toda relação baseada no respeito às competências e atendimento do indivíduo, nas singularidades, construindo-se, a partir dessa compreensão, uma rede de diálogos. Dessa forma, é passível de se tornar uma prática

institucionalizada e inserida no ser e fazer dos sujeitos envolvidos (CLEMENTINO et al., 2015).

A seguir apresentamos uma figura que ilustra a organização do processo de trabalho da atenção primária para o acolhimento da demanda espontânea. Tal demanda deve ser bem acolhida ao chegar ao local de atendimento, infelizmente ainda é comum, os usuários de demanda espontânea encontrarem dificuldades para o atendimento. Por isso, a importância do PMAQ no sentido de identificar tais fragilidades para que elas possam ser dirimidas.

Vejamos a figura 1, que foi extraída do caderno de Atenção Básica 2013:

Figura 1 - Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o acolhimento da demanda espontânea



Fonte: Caderno de Atenção Básica 2013

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS) E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) discutida em Alma Alta foi pensada com o propósito de obtenção da melhoria dos serviços de saúde até o ano 2000, constituindo como um dos principais objetivos dos governos e da comunidade internacional, cuja intenção em pauta era favorecer a promoção da saúde para a população, tanto individual como coletiva, a um nível que lhes permita levar uma vida produtiva, social e economicamente saudável (WHO, 2008). Há mais de trinta anos, desde a referida Conferência, o modelo da APS, vem apresentando resultados satisfatórios de acordo com as evidências de efetividade e eficácia nos indicadores de resultados, produzida em diversos países, a exemplo da queda da taxa da mortalidade infantil no Brasil (OPAS, 2007).

APS é vista como atenção essencial à saúde, atende no primeiro nível de assistência, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do convívio local das residências e trabalhos das famílias, é um modelo cientificamente comprovado e socialmente aceito (UNICEF, 1978).

A maioria dos países, a exemplo dos países da União Europeia, a partir de 1990 vem destacando a relevância da APS e incorporando-a em suas políticas de saúde, considerando a importância para a melhoria do nível de saúde de suas populações, concomitante, visando também a sustentabilidade de seus sistemas. (GIOVANELLA, 2006). No entanto, nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde com ênfase na APS, visto que fatores tecnológicos e econômicos influenciam na adesão ou mesmo no desenvolvimento desse tipo de atendimento.

Corroborando com essa afirmativa, o estudo comparativo entre 12 nações industrializadas ocidentais, destaca que os países com uma orientação mais forte para Atenção Primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis e custos mais baixos (BARKLEY, 2016; BRANCO; RAMOS, 2001). Em geral, países com melhor desenvolvimento nos cuidados de saúde primária apresentam melhores índices de saúde das suas populações a um menor custo, permitindo, por exemplo, uma utilização mais restrita das tecnologias de base hospitalar ou a gestão de problemas de saúde em longo prazo (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

No Brasil, houve a organização do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que culminou com a criação SUS, que representa um sistema gratuito e de qualidade ofertado aos cidadãos brasileiros, cujos princípios inspiraram a implantação da Atenção Primária a Saúde

no Brasil (ALMEIDA, 2011).

A APS no Brasil adota a designação Atenção Básica à Saúde (ABS). A ABS tornou-se um espaço de fortalecimento da organização da saúde no país. Na metade da década de 1990 a proposta do Programa de Saúde de Família (PSF), com o propósito de ser uma estratégia para reorientar, reorganizar e reformular o modelo assistencial em saúde, como porta de entrada para os primeiros cuidados de saúde, dispensados a população, em uma rede complexa e hierarquizado, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. (SILVA et al., 2014 OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Assim, esta estratégia tinha o propósito de estender a cobertura assistencial às áreas mais pobres e de risco visando à equidade, através da proteção, da prevenção e da promoção da saúde. No entanto, devido às diferenças regionais e o extenso território brasileiro, o PSF foi implantado de formas diferentes, em lugares diferentes, havendo a necessidade de monitoramento e avaliação desses serviços bem como uma intensificação dessas atividades a fim de aprimorar a qualidade desses serviços e analisar se os indicadores de saúde estão alinhados com o propósito inicial da ABS originários da Conferência de Alma Ata. Esta priorização da ABS vem se intensificando no Brasil. Em 2006, o PSF deixa de ser programa e é estabelecido como estratégia permanente da ABS e, posteriormente, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, 2008-2011, tendo como uma de suas principais diretrizes a execução da gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população (BRASIL, 2011).

Seguindo esse processo de valorização da APS, o Brasil apresenta sua nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da ABS na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma ABS acolhedora, resolutiva e que progride na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. (BRASIL, 2012).

Com o processo evolutivo da Atenção Básica desde a Carta de Alma Ata, fica evidente a necessidade de utilização de ferramentas de apoio a decisão, de tal maneira que possa contribuir para os gestores federais, estaduais, municipais e equipes de saúde da família desenvolver mecanismos de melhoras na organização dos serviços de saúde prestadas a população, dentro da lógica de construção de redes de atenção à saúde, como elencada na PNAB, 2012.

De acordo com a portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017), com relação à Unidade Básica de Saúde recomenda-se que tais unidades sejam compostas pelos seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica.

Além disso, conforme a portaria, se estas unidades tiverem profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; a área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

Outro ponto enfatizado pela portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017), é que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

2.4 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Ainda na Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017), as atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2017, Anexo, Capítulo I, Subseção 4, parágrafo VI).

Dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás, o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem

apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b). a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc.) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS (BRASIL, 2017).

2.5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Atenção Básica de maneira especial constitui a Estratégia de Saúde da Família e para que seja executada necessita de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara a sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Tais estratégias permitem aos gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2012).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011). A ideia de que os cuidados dispensados na Atenção Básica são simples há muito deixou de ser realidade, se é que algum dia o foi. Estes são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. Entretanto, fica o alerta de Schmidt e Lima (2004) de que apenas a menção da sigla ESF não significa necessariamente mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância à saúde, base desta estratégia, esteja apenas no território delimitado e na população adstrita. É possível

perceber que a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, aliviando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária. Percebe-se que muitos profissionais presenciam, ainda hoje, a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres. Porém isso não é tão simples, pois essas relações muitas vezes são conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidade, situações que podem ser superadas com a construção de um projeto comum em que seja definida a responsabilidade de cada membro, assim como a disposição em ouvir e considerar as experiências uns dos outros, sendo a comunicação a principal ferramenta para que esses conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que redunde na gestão do cuidado integral do usuário (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008; BRASIL, 2011).

As mudanças ocorridas na modernidade, a globalização das doenças, das práticas em saúde e dos hábitos de vida exigem que cada profissional se atualize constantemente para que possa efetivamente atuar em um projeto que envolva a equipe. Assim, os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia lançaram mão de estratégias que dessem conta desses desafios.

Assim, é possível observar que o processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e de compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários tomadas de decisão que criem condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011).

Essas transformações só virão a ocorrer com a responsabilização de cada um pela organização e pela consecução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe de forma que se apropriem dos conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutiva (CECCIM, 2005). Outro ponto fundamental é desenvolver a cultura de avaliação, na qual todo processo de gestão e cuidado desenvolvido pela equipe

multiprofissional, de forma compartilhada, possa ser avaliado com o objetivo de aprimoramento e adequação de rumo.

Gohn (2004) nos lembra de que apenas por meio da participação dos indivíduos e grupos sociais é que se garante uma sociedade democrática e solidária capaz de gerar coesão social, criando laços de pertencimento e identidade sociocultural e política. Assim, torna-se fundamental a participação dos indivíduos e grupos sociais da área adstrita nas decisões tomadas em relação à gestão do cuidado, não com o objetivo de perverter a ordem, mas como forma de participar das decisões que dizem respeito a si e a suas famílias.

2.6 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM À ATENÇÃO BÁSICA: melhoria do acesso e qualidade na atenção básica (PMAQ)

É importante destacar que o desenvolvimento de programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde tem tornando-se uma das principais responsabilidades da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o início da década de 80 (VUORI, 1981). A OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 2008).

Haja vista a relevância da avaliação em saúde para uma maior adequação da promoção da assistência à saúde a partir de suas reais necessidades, a Portaria 1.654 do Ministério da Saúde (MS), publicada em 19 de julho de 2011, criou o PMAQ como estratégia para alcançar mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), direcionado ao fortalecimento da Atenção Básica (AB), com um modelo de gestão com foco em induzir, monitorar e avaliar os processos de trabalho das equipes de saúde aderidas no Programa e os resultados alcançados por elas, vinculando pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes. Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a AB e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo (RODRIGUES et al., 2012; BRASIL, 2012; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ é composto por quatro fases: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação Externa (AE); e (4) Recontratualização (ver figura 2). Vale ressaltar que a avaliação externa inclui um conjunto de ações direcionadas para a averiguação das condições de acesso e de qualidade das equipes de AB, com objetivo de realizar um

conjunto de ações que analisa as condições de acesso e de qualidade da totalidade da assistência à saúde de municípios e equipes da AB participantes do Programa (FAUSTO et al., 2014).

Vale ressaltar que o PMAQ foi proposto pelo MS brasileiro, o programa está organizado em quatro fases distintas, que se complementam e se conformam em processo ciclo e contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, sendo as fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. O PMAQ-AB procura induzir a institucionalização de processos que ampliem a capacidade dos gestores federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2011). Para a realização da AE, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, com o apoio da Rede de Pesquisa em APS, estabeleceu cooperação envolvendo mais de 40 Instituições de Ensino Superior (IES) em todo o território nacional. As IES auxiliaram na AE, desde a concepção do instrumento de avaliação, no estabelecimento de estratégias, na organização da atividade de campo em nível nacional até a execução dos questionários nos mais de cinco mil municípios do Brasil (FAUSTO et al., 2014).

O Programa assume, ainda, compromisso com a transparência do processo e socialização das informações justamente na expectativa de fortalecer o uso da informação e a participação de amplos segmentos da sociedade (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O “padrão de qualidade” busca afirmar os princípios do SUS, da “integralidade, universalidade, equidade e participação social”, enfrentando as possíveis limitações encontradas como problemáticas assumidas (BRASIL, 2011b). Dentre estas limitações, há a necessidade de melhoria na infraestrutura dos serviços de saúde, na consolidação do sistema de apoio diagnóstico, na maior utilização de equipes multidisciplinar, na fixação de sistemas eletrônicos de informações clínicas e no fortalecimento gerencial das unidades da ESF (MENDES, 2010).

Diante desta perspectiva, para Pinto, Souza e Ferla (2014) o PMAQ é caracterizado por um extenso processo de mobilização, realizado por profissionais de saúde, gestores das três áreas de governo e usuários, que tem como propósito a promoção de mudanças no processo de trabalho, com repercussão no acesso e na qualidade dos serviços, estruturado a procedimentos de auto avaliação e avaliação em diversas dimensões, vinculadas ao repasse de recursos em função do desempenho, também conhecido de Pagamento por desempenho, alcançado na implantação e no desenvolvimento dos fundamentos avaliados. Neste sentido, o Programa propõe e reconhece diretrizes de ação e resultados vislumbrados para as situações.

As diretrizes do PMAQ são: desenvolver um parâmetro de comparação entre as ESF; incentivar o processo permanente e progressivo com vistas a melhorar os padrões e indicadores de acesso e de qualidade; transparência em todos os seus estágios; implicar, mobilizar e responsabilizar os gestores de todas as esferas governamentais, as equipes de saúde e os usuários; propagar uma cultura de negociação e contratualização; incentivar uma efetiva mudança do modelo de atenção, no progresso dos trabalhadores e na orientação dos serviços em posição das necessidades e da satisfação dos usuários; e definir a natureza voluntária para a adesão tanto pelas ESF quanto pelos gestores municipais e locais (BRASIL, 2011). Estratégias como o PMAQ configuram-se fundamental para a AB, já que a grande maioria das ferramentas de avaliação do Brasil ainda são precárias, com conformação mais burocrática e punitiva. Entretanto, ao contrário, o PMAQ é um Programa que vai além de ser apenas um instrumento de avaliação; podendo tornar-se um mecanismo de planejamento para as equipes de saúde e um auxiliar para os gestores (SIMON, 2015).

2.7 OS TIPOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Avaliar é apresentado como um ato de julgar, formar opinião e emitir juízo, onde este ato depende de uma ação humana habitual, em alguns momentos da intuição e da opinião (HARTZ, 2011). A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. No setor saúde, o conceito de avaliação, surge da preocupação dos gestores com o forte crescimento da crise financeira pública mundial e o surgimento de novas tecnologias do setor (TAKEDA; TALBOT, 2006). E essa combinação de fatores, aliados ao alto índice de envelhecimento da população mundial tem forçado os governos a controlar o crescimento dos custos, entretanto sem perder do foco, à garantia do acesso à população aos serviços de qualidade (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O sistema de saúde, diante de seus problemas e suas necessidades de intervenções, é construído pelas incertezas, principalmente dentro do cenário econômico de dificuldades, e a exigência de um público cada vez mais sabedor de suas preferências. A avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos tomadores de decisão, que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes (HARTZ, 2011).

Apesar disso, o seu uso ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Para tal, o principal mecanismo para alcançar níveis mais elevados de confiabilidade é a especificação detalhada de critérios, normas e procedimentos

utilizados para a avaliação do acolhimento, que fornecerá dados significativos para a tomada de decisões e de acompanhamento dos sistemas de saúde (DONABEDIAN, 2005; LANGER, 2012).

A avaliação, especialmente de abordagem participativa, pode se constituir em instrumento de aprendizagem para atores locais, na medida em que enderece suas questões e aporte informações relevantes à tomada de decisão, permitindo ampliar o potencial de mudanças nas práticas municipais de trabalho e gestão (TANAKA; TAMAKI, 2012). Atualmente, essas questões se colocam com maior intensidade. Apesar de todos os esforços mobilizados no sentido de institucionalizar a avaliação, apesar do aumento considerável no número de avaliações feitas a cada ano, a crise do sistema de saúde está aumentando. A necessidade de melhorar os processos de tomada de decisões está maior do que nunca. A esta altura, é imprescindível verificar a avaliação como sistema institucionalizado de apoio à tomada de decisões na área de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

De acordo com Ibañez et al (2006) são escassas as pesquisas voltadas para a avaliação organizacional ou de desempenho da Atenção Básica, bem como uma visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Dentro desse contexto, nos últimos anos, a prática de pesquisas em avaliação de serviço de saúde vem ganhando destaque nas agendas públicas com a utilização de alguns instrumentos validados internacionalmente, sendo eles apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação validados Internacionalmente

Instrumento	País de Estudo	Referência
<i>WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET)</i>	Ucrânia	WHO, 2010
<i>ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP)</i>	Philadelphia	Power et al., 2008
<i>General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)</i>	Reino Unido	Mead ; Bower ; Roland, 2008
PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde)	Brasil	Tomasi et al., 2003
<i>PCATools (Primary Care Assessment Tool)</i>	California	Starfield; Xu; Shi, 2001

Fonte: baseado em FRACOLLI et al.,2014.

O instrumento *WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET)* tem sido utilizado em muitos países que estão passando por reformas profundas e abrangentes na saúde, nas quais competem as funções sociais e os valores essenciais. A reforma nos cuidados primários em saúde nem sempre são baseadas em evidências, e o progresso pode ser impulsionado por argumentos políticos ou interesses de grupos profissionais específicos (KRINGOS et al., 2011; FRACOLLI et al., 2014).

O *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP)* foi desenvolvido para

avaliar as percepções dos prestadores de cuidados primários no que tange ao papel que desempenham os desafios na identificação da (TDAH) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade as atividades clínicas estão sendo desenvolvidas para cuidar das crianças que apresentam (TDAH) (POWER et al., 2008; FRACOLLI et al., 2014).

O instrumento *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ) é um questionário desenvolvido no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Nacional de Atenção Básica da Universidade de Manchester, Reino Unido, para o contrato *General Practice*2003. O GPAQ ajuda a descobrir o que os pacientes pensam sobre os cuidados primários prestados pelos médicos (HAUSER et al., 2013; FRACOLLI et al., 2014).

Observamos que o *PCA Tools* e o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) são instrumentos que vêm sendo utilizados no Brasil. Tais instrumentos objetivam avaliar a APS e devido ao seu reconhecimento e aceitação, sua validação foi reconhecida em vários países tais como Estados Unidos, Espanha. (HARZHEIM et al., 2013). No entanto, no Brasil, a utilização da avaliação como componente da gestão em saúde, vem no processo crescente, passando a ser mais valorizada a partir de iniciativas do Ministério da Saúde. Estas iniciativas visam à institucionalização desta prática nas três esferas de gestão dentro do SUS. O Brasil utiliza o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ – AB no seu processo de avaliação dos serviços de atenção primária a saúde. (BRASIL, 2011).

O PMAQ se insere em um contexto no qual o Governo Federal, progressivamente, se compromete a desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre eles, é importante destacar o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal, avaliar os resultados da política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da atenção básica. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2011). Assim, esse instrumento é muito importante no momento em que contribui para se ter uma real situação do que ocorre no sistema único de saúde SUS.

3 METODOLOGIA

3.1. CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

Foi realizado um estudo seccional de base populacional, com unidade amostral de 29.778 unidades de saúde dos 27 estados federativos do Brasil, correspondendo a 2.160 unidades na região Norte, 10.768 na região Nordeste, 2.241 na região Centro-Oeste, 10.100 na região Sudeste e finalmente 4.509 na região Sul e os dados foram provenientes do banco de dados do 2º ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado em 2013 e o primeiro semestre de 2014. Os dados foram obtidos através das entrevistas realizadas com todas as Equipes de Saúde da Atenção Básica contratualizadas com a utilização do “*Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto De Você*” (BRASIL, 2012).

O instrumento de avaliação externa está organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações: **módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde; **módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; **módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde**, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização; e o **módulo eletrônico** que compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>). Ademais, além destes módulos, existe o módulo referente ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou seja, **módulo IV - Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde**, que objetiva obter informações sobre processo de trabalho do NASF e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL,2012).

Neste estudo foram analisados os dados do **módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**.

A pesquisa apresenta abrangência nacional e foi desenvolvida de forma integrada por diferentes Instituições de Ensino e Pesquisa, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, e

descritas no APÊNDICE A. Foram incluídos todos os profissionais de saúde que participaram da entrevista de avaliação externa do PMAQ, referente à aplicação do questionário do **módulo II**, que foi executado por avaliadores da qualidade a um único profissional de saúde em cada Unidade de Saúde da Família (USF) que apresentasse o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. Os instrumentos foram aplicados com auxílio de um tablete, criando arquivos digitais.

Deste módulo foram analisadas as questões referentes ao acolhimento da demanda espontânea, correspondendo a 19 questões de respostas diretas, a totalidade das questões pode ser vista no quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis por eixo temático do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Acolhimento e demanda espontânea - Variáveis	
1. A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim Não
2. Em que local é realizado o acolhimento?	Sala específica Consultório Sala de espera/recepção Outro local Não há local específico
3. Em quais turnos é realizado o acolhimento?	Manhã Tarde Noite
4. Quantos dias por semana acontece? (Poderá escolher somente uma opção)	Um dia por semana Dois dias por semana Três dias por semana Quatro dias por semana Cinco dias por semana
5. Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	Sim Não
6. A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? (Poderá escolher mais de uma opção)	Queixas mais frequentes no idoso Problemas respiratórios Queixas mais frequentes no adulto Queixas mais frequentes na criança Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico Traumas e acidentes Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação Dengue Outros Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
7. A equipe realiza atendimento de: (Poderá escolher mais de uma opção)	Dor torácica Crise convulsiva Nefrolitíase Crise de asma Crise hipertensiva Hiperglicemia em diabéticos Casos suspeitos de dengue Não realiza atendimento às urgências e emergências

Quadro 2 - Variáveis por eixo temático do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Acolhimento e demanda espontânea - Variáveis	
8. O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	Sim Não
9. A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?	Sim Não
10. Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia, quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?	Dias ≤ 4 dias > 4 ≤ 8 dias > 8 ≤ 26 dias > 26 dias
11. Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? (Poderá escolher somente uma opção)	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário. Em qualquer dia da semana, em horários específicos. Dias específicos fixos, em qualquer horário. Dias específicos fixos, em horários específicos. Outro(s)
12. Como os usuários são agendados? (Poderá escolher somente uma opção)	Com hora marcada Marcado por bloco de horas Fila para pegar senha
13. O agendamento pode ser feito: (Poderá escolher mais de uma opção)	Presencial Por telefone Pela internet
14. Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento? (Poderá escolher somente uma opção)	10 minutos 20 minutos 30 minutos 40 minutos 50 minutos 60 minutos 70 minutos 80 minutos 90 minutos 100 minutos 110 minutos 120 minutos 130 minutos 140 minutos 150 minutos 160 minutos 170 minutos 180 minutos 190 minutos 200 minutos 210 minutos 220 minutos 230 minutos 240 minutos mais de 240 minutos
15. Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera pela consulta? (Poderá escolher somente uma opção)	10 minutos 20 minutos 30 minutos 40 minutos 50 minutos 60 minutos 70 minutos 80 minutos

Quadro 2 - Variáveis por eixo temático do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Acolhimento e demanda espontânea - Variáveis	
	90minutos
	100minutos
	110minutos
	120minutos
	130minutos
	140minutos
	150minutos
	160minutos
	170minutos
	180minutos
	190minutos
	200minutos
	210minutos
	220minutos
	230minutos
	240minutos
	mais de 240 minutos
16. A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Sim
	Não
	Não sabe/não respondeu
17. Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
	Não
	Não sabe/não respondeu
18. A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?	Sim
	Não
19. Qual?	Ambulância do SAMU
	Ambulância do serviço móvel próprio
	Outro(s)
	Não sabe/não respondeu

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as normas éticas em pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UFRGS e recebeu o parecer Nº 21.904, sob título “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, em 13/03/2012 (ANEXO 1).

3.3. ANÁLISE DOS DADOS

As 19 variáveis sobre acolhimento da demanda espontânea foram descritas em tabelas de frequência absoluta e relativa, com os resultados de cada uma estratificados por macrorregião. As variáveis foram tratadas como variáveis nominais dicotômicas, sendo aquelas com múltiplas alternativas, transformadas em tantas variáveis dicotômicas, quantas alternativas possíveis. Duas variáveis tiveram tratamento diferente, sendo a resposta referente

a uma unidade de tempo. Estas variáveis foram consideradas como numéricas intervalares.

As frequências totais, considerando o universo total das equipes foram utilizadas como ponto de corte para classificar as regiões em melhor ou pior que o Brasil, para cada variável do estudo.

O outro procedimento de classificação das unidades foi feito para aquelas unidades que realizam acolhimento a demanda espontânea, atribuindo-se valor 1 para as respostas estabelecidas como padrão recomendadas pelas Diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), observando ainda, como todo padrão, este, ainda que se aplique a grande número de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares, e valor zero para as outras respostas, nas questões dicotômicas, e naquelas com múltiplas alternativas, transformadas em tantas variáveis dicotômicas, quantas alternativas possíveis em escala crescente quanto mais próximo do padrão estabelecido pelo MS fosse a resposta.

Nas tabelas a seguir estão dispostos os valores estabelecidos para cada alternativa de resposta de cada variável:

Tabela 1 - Variáveis 1 a 4, resposta e pontuação atribuída

Variável	Respostas	Valores
1 - A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim	-
	Não	-
2 - Em que local é realizado o acolhimento?	Sala específica Consultório	1,0
	Sala de espera/recepção	0,0
	Outro local	1,0
	Não há local específico	0,0
		0,0
3 - Em quais turnos é realizado o acolhimento?	Manhã	0,5
	Tarde	0,5
	Manhã e tarde	1,0
4 - Quantos dias por semana acontecem? (Poderá escolher somente uma opção)	Um dia por semana	0,2
	Dois dias por semana	0,4
	Três dias por semana	0,6
	Quatro dias por semana	0,8
	Cinco dias por semana	1,0
	Mais de cinco vezes por semana	1,0

Como pode ser visto na tabela 1, para a variável 1) “A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?”, tendo como resposta sim ou não foi utilizada enquanto critério de inclusão nas análises caso a resposta fosse sim e não-inclusão caso a resposta fosse não; a variável 2) “Em que local é realizado o acolhimento”, todas as opções receberam pontuação 0 ou 1, de acordo com o preconizado pela PMAQ como ideal; já no caso da

variável 3) “Em quais turnos é realizado o acolhimento”, foi excluída a opção noite, devido o número pequeno de equipes no Brasil que realizam atendimento naquele turno, atribuindo valores apenas as repostas para aquelas unidades que realizam acolhimento a demanda espontânea só no turno manhã, tarde e ou manhã e tarde; em relação a variável 4) “Quantos dias por semana acontece o acolhimento”, foram atribuído valores crescentes na escala de 0,2 até atingir o limite de 1,0 para cada opção de resposta.

Na tabela 2 podem ser vistas as variáveis 5 e 6. Para a variável 5)”. Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea” foram atribuídos os valores 1 para sim e 0 para não.

Tabela 2 - Variáveis 5 e 6, respostas e valores atribuídos

Variável	Respostas	Valores
5 - Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim	1,0
	Não	0,0
6 - A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? (Poderá escolher mais de uma opção)	Queixas mais frequentes no idoso	1/9
	Problemas respiratórios	1/9
	Queixas mais frequentes no adulto	1/9
	Queixas mais frequentes na criança	1/9
	Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	1/9
	Traumas e acidentes	1/9
	Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	1/9
	Dengue	
	Outros	1/9
Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea	0,0	

Ainda na tabela 2, com relação à variável 6) “A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?”, o respondente poderia escolher mais de uma opção, como a questão é de múltiplas respostas, foi atribuído valor de 1/9 para cada resposta positiva, totalizando valor 1,0 para a soma das nove alternativas e nota 0,0 para os que responderam que não possuem protocolos.

Na tabela 3, constando as variáveis de 7 a 10, a variável 7) “A equipe realiza atendimento de:”, referente a qual tipo de atendimento de urgência e emergência é realizado pela equipe, o respondente poderia escolher mais de uma opção, como a questão é de múltiplas respostas, foi atribuído valor de 1/8 para cada resposta positiva, totalizando valor 1,0 para a soma das oito alternativas e nota 0,0 para os que responderam que não realizam atendimento de urgência e emergência na unidade.

Tabela 3 - Variáveis 6, 7 e 8, Respostas e valores atribuídos

Variável	Respostas	Valores
7 - A equipe realiza atendimento de: (Poderá escolher mais de uma opção)	Dor torácica	1/8
	Crise convulsiva	1/8
	Nefrolitíase	1/8
	Crise de asma	1/8
	Crise hipertensiva	1/8
	Hiperglicemia em diabéticos	1/8
	Casos suspeitos de dengue	1/8
	Outros	1/8
	Não realiza atendimento a urgências e a emergências	0,0
8 - O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	Sim	1,0
	Não	0,0
9 - A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?	Sim	1,0
	Não	0,0
10 - Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia, quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?	≤ 4	1,0
	> 4 e ≤ 8	0,5
	> 8 e ≤ 26	0,25
	> 26	0,0

Ainda na tabela 3, foi perguntado na variável 8) “O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?”, nesse caso a pontuação foi 1 para sim e 0 para não. Já na variável 9) “A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?” para a resposta sim, pontuou-se 1,0, para a resposta não, 0,0; com relação à variável 10) “Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia, quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?”, o parâmetro foi o resultado obtido pela média dos respondentes das unidades do Brasil, obtidas nesse segundo ciclo de avaliação externa do PMAQ, atribuindo valor 1,0 para aquelas que obtiveram um valor intervalar entre zero e quatro. Na tabela 4 são apresentadas as pontuações das variáveis 11, 12 e 13.

Tabela 4 - Variáveis 11, 12 e 13. Respostas e valores atribuídos

Variável	Respostas	Valores
11 - Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? (Poderá escolher somente uma opção)	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário.	1,0
	Em qualquer dia da semana, em horários específicos.	0,75
	Dias específicos fixos, em qualquer horário.	0,5
	Dias específicos fixos, em horários específicos.	0,25
	Outro(s)	0,0
12 - Como os usuários são agendados? (Poderá escolher somente uma opção)	Com hora marcada	1,0
	Marcado por bloco de horas	0,75
	Fila para pegar senha	0,5
13 - O agendamento pode ser feito: (Poderá escolher mais de uma opção)	Com hora marcada	1/3
	Marcado por bloco de horas	1/3
	Fila para pegar senha	1/3

Na tabela 4, a variável 11) “Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?” a pontuação variou entre 0 e 1, sendo dividida em 0,25 pontos para cada opção que mais se aproximasse do ideal; Já a variável 12) “Como os usuários são agendados”, a pontuação variou entre 0,5 (menor pontuação) a 1,0 (maior pontuação). Finalmente a variável 13) “O agendamento pode ser feito?”, que se refere a como o agendamento pode ser feito, o respondente poderia escolher mais de uma opção, como a questão é de múltiplas respostas, foi atribuído valor de 1/3 para cada resposta positiva, totalizando valor 1,0 para a soma das três alternativas ou o resultado fracionado para as demais opções.

Na tabela 5, são apresentadas as variáveis 14, 15 e 16. Com relação à variável 14) “Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento” verifica-se se há um controle do tempo de espera do paciente, então o parâmetro foi o resultado obtido pela média dos respondentes das unidades do Brasil, do segundo ciclo de avaliação externa do PMAQ, atribuindo valor 1,0 para aquelas que obtiveram um valor intervalar entre zero e dez minutos.

Tabela 5 - Variáveis 14, 15 e 16, Respostas e valores atribuídos

Variável	Respostas	Valores
14. Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento? (Poderá escolher somente uma opção)	≤ 10	1,0
	> 10 e ≤ 20	0,75
	> 20 e ≤ 40	0,5
	> 40	0,0
15. Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta? (Poderá escolher somente uma opção)	≤ 20	1,0
	> 20 e ≤ 40	0,75
	> 40 e ≤ 80	0,5
	> 80	0,0
16. A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários	Sim	1,0
	Não	0,0
	Não sabe/não respondeu	0,0

Ainda na tabela 5, acerca da variável 15) “Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?”, após ser atendido no acolhimento, o parâmetro foi o resultado obtido pela média dos respondentes das unidades do Brasil, do segundo ciclo de avaliação externa do PMAQ, atribuindo valor 1,0 para aquelas que obtiveram um valor intervalar entre zero e vinte minutos. Já com relação à variável 16) “A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários” a pontuação estabelecida foi 1 para sim e 0 para não ou não sabe/não respondeu.

A tabela 6 apresenta as variáveis 17, 18 e 19. A variável 17) “Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?” teve como valores 1 para sim e 0 para não, além de não

sabe/não respondeu. Assim como a variável 18) “A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário quando necessário?”, os valores também foram 1 para sim e 0 para não, não havendo a opção não sabe/não respondeu. Já para a variável 19) “Qual” referia-se a qual o tipo de serviço para remoção do usuário caso necessário, então as opções ambulância do SAMU e do serviço móvel próprio receberam a pontuação 1, enquanto que as opções outros e não sabe/não respondeu receberam a pontuação 0.

Tabela 6 - Variáveis 15, 16 e 17, Respostas e valores atribuídos

Variável	Respostas	Valores
17. Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim	1,0
	Não	0,0
	Não sabe/não respondeu	0,0
18. A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?	Sim	1,0
	Não	0,0
19. Qual?	Ambulância do SAMU	1,0
	Ambulância do serviço móvel próprio	1,0
	Outro(s)	0,0
	Não sabe/não respondeu	0,0

Foi testado um modelo de decisão utilizando a soma dos atributos (cada variável) por unidade de saúde e foi calculada a média dos escores totais obtido por cada unidade em função da macrorregião, a classificação se deu em relação a variável se a equipe realiza ou não realiza acolhimento, das 29778 equipes avaliadas, 912 foram excluídas por não realizarem o acolhimento a demanda espontânea, as 28866 equipes restantes foram classificadas em quatro categorias:

1. Equipes com desempenho insatisfatório;
2. Equipes que realizam acolhimento com desempenho mediando ou abaixo da média;
3. Equipes realizam o acolhimento com desempenho acima da média e;

Equipes que realizam acolhimento com desempenho muito acima da média;

4 RESULTADOS

Aqui, apresentam-se os resultados acerca das 28866 ESF que foram avaliadas com relação as frequências absolutas e relativas das respostas, sendo classificadas em função da frequência nacional, ou seja, aquelas com desempenho melhor comparando-se ao Brasil estão apresentadas com os resultados na cor azul e as regiões com desempenho piores que o nacional estão representadas com a cor vermelha. As tabelas correspondem às questões aplicadas no instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB.

Tabela 7 - Desempenho para realização ou não de acolhimento

Região	Realiza		Não Realiza		Total	
	N	%	N	%	N	%
Norte	2012	31,0	148	69,0	2160	100,0
Nordeste	10268	54,0	500	46,0	10768	100,0
Centro Oeste	2163	65,0	78	35,0	2241	100,0
Sudeste	9981	88,0	119	12,0	10100	100,0
Sul	4442	85,0	67	15,0	4509	100,0
Brasil	28866	96,9	912	3,1	29778	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

De acordo com o que pode ser visto na tabela 7, evidencia-se que o acolhimento à demanda espontânea é realizado em todas as regiões do país, com maior destaque para as regiões Sudeste e Sul, com presença em mais de 80% de suas unidades, demonstrando que essa prática encontra-se implantada em todo o País, no entanto, as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste estão abaixo da média nacional. Já a tabela 8 apresenta os resultados para a distribuição das equipes de acordo com o local de realização do atendimento.

Tabela 8 - Distribuição das equipes de acordo com o local de realização do atendimento ao acolhimento da demanda espontânea por macrorregiões

Região	Específica	%	Consultório	%	Espera/ recepção	%	Outro local	%	NE	%
Norte	211	10,5	323	16,1	1144	56,9	121	6,0	213	10,6
Nordeste	975	9,5	1757	17,1	6309	61,4	416	4,1	811	7,9
C. Oeste	409	18,9	308	14,2	1090	50,4	116	5,4	240	11,1
Sudeste	3235	32,4	3131	31,4	2067	20,7	517	5,2	1031	10,3
Sul	1666	37,5	749	16,9	1194	26,9	269	6,1	564	12,7
Brasil	6496	22,5	6268	21,7	11804	40,9	1439	5,0	2859	9,9

Fonte: Brasil, 2014.

É importante destacar que com relação ao local de realização do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde, nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, a realização do acolhimento é realizada em sua grande maioria na sala de espera/recepção, enquanto nas regiões Sudeste e Sul são realizados em sala específica para esse fim, como pode ser visto na tabela 8.

A tabela 9 apresenta a distribuição das equipes de acordo com os turnos de realização do acolhimento relacionado à demanda espontânea por macrorregiões. Na Tabela 9 pode ser vista a distribuição das equipes que realizam o acolhimento à demanda espontânea no turno da manhã, revelando que exceto na região Norte, as outras macrorregiões do Brasil realizam acolhimento à demanda espontânea com média superior à nacional para o turno da manhã.

Tabela 9 - Distribuição das equipes que realizam o acolhimento à demanda espontânea no turno da manhã por macrorregiões

Turno	Região	Sim		Não		Total	
		N	%	N	%	N	%
Manhã	Norte	1950	96,9	62	3,1	2012	100,0
	Nordeste	10129	98,6	139	1,4	10268	100,0
	C. Oeste	2129	98,4	34	1,6	2163	100,0
	Sudeste	9892	99,1	89	0,9	9981	100,0
	Sul	4417	99,4	25	0,6	4442	100,0
	Brasil	28517	98,8	349	1,2	28866	100,0
Tarde	Norte	1658	82,4	354	17,6	2012	100,0
	Nordeste	8368	81,5	1900	18,5	10268	100,0
	C. Oeste	2016	93,2	147	6,8	2163	100,0
	Sudeste	9105	91,2	876	8,8	9981	100,0
	Sul	4251	95,7	191	4,3	4442	100,0
	Brasil	25398	88,0	3468	12,0	28866	100,0
Noite	Norte	63	3,1	1949	96,9	2012	100,0
	Nordeste	117	1,1	10151	98,9	10268	100,0
	C. Oeste	34	1,6	2129	98,4	2163	100,0
	Sudeste	1166	11,7	8815	88,3	9981	100,0
	Sul	339	7,6	4103	92,4	4442	100,0
	Brasil	1719	6,0	27147	94,0	28866	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

Ainda observando-se a tabela 9, com relação ao turno da tarde, as macrorregiões Norte e Nordeste apresentam abaixo da média nacional. No turno noturno, as regiões Sul e Sudeste, apresentam resultados superiores à média do Brasil e em relação à dinâmica de trabalho do

acolhimento nas ESF, ocorreu predominância no desenvolvimento dessa ação no turno matinal em média de 98,8% no Brasil, chegando a ultrapassar os 99% na região Sul.

Na tabela 10 observam-se os dados com relação à quantidade de dias para a realização do acolhimento de demanda espontânea, considerando as macrorregiões e por dia.

Tabela 10 - Distribuição das equipes em relação à quantidade de dias de realização o acolhimento à demanda espontânea por macrorregiões

Região	Uma	%	Duas	%	Três	%	Quatro	%	Cinco	%
Norte	82	4,1	96	4,8	78	3,9	83	4,1	1619	80,5
Nordeste	465	4,5	588	5,7	606	5,9	685	6,7	7811	76,1
C. Oeste	45	2,1	45	2,1	55	2,5	58	2,7	1838	85,0
Sudeste	131	1,3	187	1,9	229	2,3	268	2,7	8818	88,3
Sul	25	0,6	28	0,6	39	0,9	48	1,1	4202	94,6
Brasil	748	2,6	944	3,3	1007	3,5	1142	4,0	24288	84,1

Fonte: Brasil, 2014.

Observou-se que o acolhimento é realizado cinco vezes por semana em 94,6% das unidades de saúde da região Sul, enquanto na região Nordeste apresenta o menor percentual de equipes que realizam o acolhimento cinco ou mais vezes por semana. As regiões Norte e Nordeste são as que apresentam uma maior variação dessa prática, com realizações uma, duas, três ou quatro vezes na semana.

Tabela 11 - Distribuição das equipes que disponibilizam vagas para consultas de demanda espontânea por macrorregiões

Região	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Norte	1646	81,8	366	18,2	2012	100,0
Nordeste	8859	86,3	1409	13,7	10268	100,0
Centro Oeste	1828	84,5	335	15,5	2163	100,0
Sudeste	9038	90,6	943	9,4	9981	100,0
Sul	3950	88,9	492	11,1	4442	100,0
Brasil	25321	87,7	3545	12,3	28866	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

A tabela 11 traz a distribuição das equipes que disponibilizam vagas para consultas de demanda espontânea. Ressalta-se que 12,3% das equipes no Brasil, não destinam vagas em suas agendas de atendimento em caso de consulta por demanda espontânea, nas regiões Norte e Centro Oeste o percentual é maior que a média do país, ultrapassando 18% e 15%

respectivamente. As regiões Sudeste e Sul ultrapassam a média nacional, a região Sudeste em 90,6% de suas equipes garantem vagas para as consultas a demanda espontânea.

Tabela 12 - Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea no Brasil

BRASIL	Sim	%	Não	%	Total	%
Queixas + frequentes no idoso	15419	53,4	13447	46,6	28866	100,0
Problemas respiratórios	15336	53,1	13530	46,9	28866	100,0
Queixas + frequentes no adulto	14989	51,9	13877	48,1	28866	100,0
Queixas + frequentes na criança	16590	57,5	12276	42,5	28866	100,0
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	14028	48,6	14838	51,4	28866	100,0
Traumas e acidentes	10578	36,6	18288	63,4	28866	100,0
Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	16204	56,1	12662	43,9	28866	100,0
Dengue	15489	53,7	13377	46,3	28866	100,0
Outros	9994	34,6	18872	65,4	28866	100,0
Não possuem protocolos de atendimento a demanda Espontânea	9944	34,4	18922	65,6	28866	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

A tabela 12 traz a distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para a realização do acolhimento à demanda espontânea considerando o país. Apesar da maioria das unidades ter a maioria dos protocolos, a frequência de não ter o protocolo na unidade ainda é alta. Para queixas mais frequentes no idoso a maioria das unidades declarou ter (53,4%), assim como para protocolos referentes a problemas respiratórios (53,1%), queixas mais frequentes nos adultos (51,9%), queixas mais frequentes nas crianças (57,5%), captação precoce da gestante e intercorrências na gestação (56,1%) e Dengue (53,7%). Os outros protocolos não são adotados na maioria das unidades. Vale salientar que mesmo que haja protocolos com uso recorrente, a maioria não é de fato tão grande, precisando dar um salto no uso desses protocolos.

Tabela 13 - Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Norte

Região Norte	Sim	%	Não	%	Total	%
Queixas + frequentes no idoso	643	32,0	1369	68,0	2012	100,0
Problemas respiratórios	578	28,7	1434	71,3	2012	100,0
Queixas + frequentes no adulto	582	28,9	1430	71,1	2012	100,0
Queixas + frequentes na criança	703	34,9	1309	65,1	2012	100,0
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	511	25,4	1501	74,6	2012	100,0
Traumas e acidentes	371	18,4	1641	81,6	2012	100,0
Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	680	33,8	1332	66,2	2012	100,0
Dengue	667	33,2	1345	66,8	2012	100,0
Outros	379	18,8	1633	81,2	2012	100,0
Não possuem protocolos de atendimento a demanda espontânea	1123	55,8	889	44,2	2012	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

Observa-se na tabela 13 que a macrorregião Norte não possui nenhum dos protocolos de acolhimento para a demanda espontânea com uso na maioria das unidades, inclusive alguns deles estão muito abaixo do desejado, como o protocolo para traumas e acidentes (18,4%). Já a tabela 16 traz os mesmos dados referentes à macrorregião Nordeste.

Tabela 14 - Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Nordeste

Região Nordeste	Sim	%	Não	%	Total	%
Queixas + frequentes no idoso	5028	49,0	5240	51,0	10268	100,0
Problemas respiratórios	4931	48,0	5337	52,0	10268	100,0
Queixas + frequentes no adulto	4770	46,5	5498	53,5	10268	100,0
Queixas + frequentes na criança	5497	53,5	4771	46,5	10268	100,0
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	4444	43,3	5824	56,7	10268	100,0
Traumas e acidentes	3078	30,0	7190	70,0	10268	100,0
Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	5282	51,4	4986	48,6	10268	100,0
Dengue	5013	48,8	5255	51,2	10268	100,0
Outros	3429	33,4	6839	66,6	10268	100,0
Não possuem protocolos de atendimento a demanda espontânea	3862	37,6	6406	62,4	10268	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

Assim como para a região Norte, na macrorregião Nordeste há um baixo uso de protocolos que definam as diretrizes terapêuticas para o acolhimento à demanda espontânea sem distinção. Exceto para os protocolos de queixas mais frequentes na criança (53,5%) e captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação (51,4%) que são usados na

maioria das unidades. Na tabela 15 são apresentados os resultados para a região Centro Oeste.

Tabela 15 - Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Centro Oeste

Região Centro Oeste	Sim	%	Não	%	Total	%
Queixas + frequentes no idoso	870	40,2	1293	59,8	2163	100,0
Problemas respiratórios	816	37,7	1347	62,3	2163	100,0
Queixas + frequentes no adulto	771	35,6	1392	64,4	2163	100,0
Queixas + frequentes na criança	933	43,1	1230	56,9	2163	100,0
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	697	32,2	1466	67,8	2163	100,0
Traumas e acidentes	485	22,4	1678	77,6	2163	100,0
Captção precoce de gestantes e intercorrências na gestação	909	42,0	1254	58,0	2163	100,0
Dengue	1029	47,6	1134	52,4	2163	100,0
Outros	506	23,4	1657	76,6	2163	100,0
Não Possuem protocolos de atendimento a demanda espontânea	1008	46,6	1155	53,4	2163	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

De acordo com a tabela 15 nenhum dos protocolos tem uso superior a 50% para nenhuma das unidades do Centro Oeste, apesar de existir uma alta porcentagem para o uso de protocolos com relação à Dengue (47,6%), mas não ultrapassa 50%, ou seja, de 2163 unidades na macrorregião, menos da metade, ou seja, 1029 unidades fazem a utilização desse protocolo. A tabela 16 traz os resultados referentes à macrorregião Sul.

Tabela 16 - Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Sul

Região Sul	Sim	%	Não	%	Total	%
Queixas + frequentes no idoso	2134	48,0	2308	52,0	4442	100,0
Problemas respiratórios	2240	50,4	2202	49,6	4442	100,0
Queixas + frequentes no adulto	2058	46,3	2384	53,7	4442	100,0
Queixas + frequentes na criança	2361	53,2	2081	46,8	4442	100,0
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	2050	46,2	2392	53,8	4442	100,0
Traumas e acidentes	1643	37,0	2799	63,0	4442	100,0
Captção precoce de gestantes e intercorrências na gestação	2401	54,1	2041	45,9	4442	100,0
Dengue	1815	40,9	2627	59,1	4442	100,0
Outros	1443	32,5	2999	67,5	4442	100,0
Não Possuem protocolos de atendimento a demanda espontânea	1720	38,7	2722	61,3	4442	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

A região Sul apresentou um resultado condizente com o parâmetro nacional que foi com relação ao protocolo para traumas e acidentes (37%), contudo também apresentou maior

utilização dos protocolos para problemas respiratórios (50,4%) e queixas mais frequentes nas crianças (53,2%), além do protocolo referente à captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação (54,1%). Finalmente na tabela 17 são demonstrados os resultados acerca da utilização dos protocolos para a região Sul.

Tabela 17 - Distribuição das equipes que possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento a demanda espontânea na macrorregião Sudeste

Região Sudeste	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Queixas + frequentes no idoso	6744	67,6	3237	32,4	9981	100,0
Problemas respiratórios	6771	67,8	3210	32,2	9981	100,0
Queixas + frequentes no adulto	6808	68,2	3173	31,8	9981	100,0
Queixas + frequentes na criança	7096	71,1	2885	28,9	9981	100,0
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	6326	63,4	3655	36,6	9981	100,0
Traumas e acidentes	5001	50,1	4980	49,9	9981	100,0
Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	6932	69,5	3049	30,5	9981	100,0
Dengue	6965	69,8	3016	30,21	9981	100,0
Outros	4237	42,5	5744	57,5	9981	100,0
Não Possuem protocolos de atendimento a demanda espontânea	2231	22,4	7750	77,6	9981	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

Com relação a possuir protocolos da assistência disponível para as ESF, a única macrorregião que se destacou acima da média com todos os protocolos foi à região Sudeste, as demais ficaram abaixo da média nacional, com exceção a da região Sul que ficou acima da média no protocolo de trauma e acidentes. A tabela 18 traz os dados acerca da distribuição das equipes nas quais o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada, isso quando não foi possível atender no mesmo dia.

Tabela 18 - Distribuição das equipes que o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia, por macrorregiões

Região	SIM		NÃO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Norte	1869	86,5	291	13,5	2160	100,0
Nordeste	9643	89,6	1125	10,4	10768	100,0
Centro Oeste	1853	82,7	388	17,3	2241	100,0
Sudeste	9438	93,4	662	6,6	10100	100,0
Sul	3894	86,4	615	13,6	4509	100,0
Brasil	26697	89,7	3081	10,3	29778	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

Como pode ser visto na tabela 18, em todas as regiões mais de 80% dos usuários conseguem sair da unidade com a consulta agendada, há poucos casos em que o usuário não consegue ser atendido no mesmo dia, com destaque para a região Sudeste que 93,4%

conseguem sair da unidade com sua consulta agendada. Já a tabela 19 traz a distribuição das equipes que apresentam tempo máximo de agendamento do usuário considerando as macrorregiões.

Tabela 19 - Distribuição das equipes que apresentam tempo máximo de agendamento do usuário por macrorregiões

Região	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Norte	1373	63,6	787	36,4	2160	100,0
Nordeste	7605	70,6	3163	29,4	10768	100,0
Centro Oeste	1352	60,3	889	39,7	2241	100,0
Sudeste	8092	80,1	2008	19,9	10100	100,0
Sul	3207	71,1	1302	28,9	4509	100,0
Brasil	21629	72,6	8149	27,4	29778	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

Como pode se ver na tabela 19, a região Sudeste tem definido o tempo máximo de agendamento para os usuários em 80,1% das equipes. A região que tem o menor percentual é a Centro Oeste com apenas 60,3%. Já a tabela 20 traz os dados acerca da distribuição das equipes acerca do tempo que o usuário leva para conseguir agendar uma consulta considerando as macrorregiões.

Tabela 20 - Distribuição das equipes com o tempo que o usuário leva para conseguir agendar uma consulta por macrorregiões

Região	Média	Intervalo de confiança de 95% para média	
		Limite superior	Limite inferior
Norte	5,08	4,72	5,45
Nordeste	4,79	4,65	4,94
Centro Oeste	5,05	4,66	5,45
Sudeste	12,23	11,87	12,59
Sul	8,45	8,06	8,84
Brasil	8,15	7,99	8,32

Fonte: Brasil, 2014.

Como se pode ver na tabela 20 as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste estão com a média de tempo para agendamento de consulta dentro da média nacional, salienta-se que os intervalos de confiança de 95% para a média confirmaram que as médias das macrorregiões são confiáveis enquanto parâmetros para a média populacional. Já as macrorregiões Sudeste e Sul apresentaram média de tempo maior para o paciente conseguir um agendamento. A tabela 21 traz os resultados acerca dos dias disponíveis para agendamento nas UBS das macrorregiões.

Tabela 21 - Distribuição das equipes com a quantidade de dias de agendamento das consultas nas unidades básicas de saúde por macrorregiões

Região	QDQH	%	QDHE	%	DFQH	%	DFHE	%	Outros	%
Norte	1059	49,0	484	22,4	163	7,5	313	14,5	141	6,5
Nordeste	5532	51,4	1328	12,3	1033	9,6	2429	22,6	446	4,1
Centro Oeste	1337	59,7	343	15,3	165	7,4	270	12,0	126	5,6
Sudeste	7003	69,3	996	9,9	603	6,0	1248	12,4	250	2,5
Sul	2932	65,0	662	14,7	300	6,7	473	10,5	142	3,1
BRASIL	17863	60,0	3813	12,8	2264	7,6	4733	15,9	1105	3,7

Legenda: QDQH: Em qualquer dia da semana, em qualquer horário; QDHE: Em qualquer dia da semana, em horários específicos; DFQH: Dias específicos fixos, em qualquer horário; DFHE: Dias específicos fixos, em horários específicos

Fonte: Brasil, 2014.

A tabela 21 demonstra que as regiões Sudeste e Sul estão dentro dos padrões nacionais quanto a disponibilizar agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário; já quando se trata de marcar em qualquer dia da semana em horários específicos, as regiões que se apresentaram dentro dos parâmetros nacionais foram a Norte, Centro Oeste e Sul; considerando as opções de marcar em dias específicos fixos com qualquer horário e dias específicos fixos em horários específicos, a região que ficou dentro do parâmetro nacional foi o Nordeste.

Tabela 22 - Distribuição das equipes com a organização do agendamento da consulta para os usuários por macrorregiões

Região	Com hora marcada	%	Marcado por bloco de horas	%	Fila para pegar senha	%	Total
Norte	613	28,4	676	31,3	871	40,3	2160
Nordeste	1653	15,4	3739	34,7	5376	49,9	10768
Centro Oeste	671	29,9	609	27,2	961	42,9	2241
Sudeste	5600	55,4	3310	32,8	1190	11,8	10100
Sul	2150	47,7	1206	26,7	1153	25,6	4509
Total	10687	35,9	9540	32,0	9551	32,1	29778

Fonte: Brasil, 2014.

Verificou-se, como pode ser visto na tabela 24, que com relação à forma de agendamento, não existe uma uniformidade no país, diferenciando em todas as regiões, na região Sudeste e Sul o que prevalece é a consulta com hora marcada, enquanto no Norte e Nordeste é a fila para ter acesso à senha que permite marcar a consulta.

Tabela 23 - Distribuição das equipes com a forma que o agendamento pode ser realizado por macrorregiões

Região	Presencial	%	Por telefone	%	Pela internet	%	Total
Norte	2154	99,7	308	14,3	2	0,1	2160
Nordeste	10740	99,7	1063	9,9	36	0,3	10768
Centro Oeste	2231	99,6	696	31,1	12	0,5	2241
Sudeste	10073	99,7	3132	31,0	187	1,9	10100
Sul	4466	99,0	2327	51,6	73	1,6	4509
Total	29664	99,6	7526	25,3	310	1,0	29778

Fonte: Brasil, 2014.

No que se refere à forma como o usuário pode realizar o agendamento, visto na tabela 23, observou-se que a forma predominante é o presencial, no entanto, a região Sul, além do presencial, ainda há a possibilidade em mais de 51% de suas UBS de realizar o agendamento por telefone, acompanhado das regiões Centro Oeste e Sudeste com mais de 31%, a opção de agendamento pela internet é muito incipiente, em média 1% no país.

Tabela 24 - Distribuição das equipes com o tempo de espera que o usuário leva da hora de chegada para o momento da primeira escuta/acolhimento por macrorregiões

Região	Média	Intervalo de Confiança de 95% para a média	
		Limite Superior	Limite Inferior
Norte	20,71	19,83	21,59
Nordeste	19,72	19,36	20,09
Centro Oeste	18,06	17,41	18,72
Sudeste	19,55	19,21	19,90
Sul	18,23	17,71	18,75
Brasil	19,39	19,18	19,59

Fonte: Brasil, 2014.

De acordo com o que pode ser visto na tabela 24, apenas as regiões Centro Oeste e Sul estão de acordo com o parâmetro nacional para o tempo de espera que o usuário leva da hora da chegada até o momento em que ele chega à primeira escuta ou acolhimento. A média nacional é de aproximadamente 19 minutos, então o ideal seria que esse tempo fosse inferior. Salienta-se que todos os intervalos de confiança para a média refletem que as médias são adequadas para as populações.

Tabela 25 - Distribuição das equipes com o tempo médio de espera do usuário do acolhimento para a realização da consulta por macrorregiões

Região	Média	Intervalo de confiança de 95% para média	
		Limite superior	Limite inferior
Norte	43,91	42,38	45,45
Nordeste	39,38	38,75	40,01
Centro Oeste	45,02	43,56	46,47
Sudeste	44,69	43,99	45,39
Sul	45,83	44,75	46,90
Brasil	42,91	42,51	43,31

Fonte: Brasil, 2014.

Observa-se na tabela 25 que o tempo médio de espera do usuário entre ser acolhido e ter sua consulta realizada é de aproximadamente 43 minutos considerando um nível nacional. Dessa forma, a única macrorregião que obteve média inferior à nacional, sendo isso considerado um ponto positivo, foi a região Nordeste.

Tabela 26 - Distribuição das equipes que realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários por microrregiões

Região	Sim	%	Não	%	NS/NR	%	Total
Norte	1852	85,7	291	13,5	17	0,8	2160
Nordeste	9772	90,8	930	8,6	66	0,6	10768
Centro Oeste	1986	88,6	247	11,0	8	0,4	2241
Sudeste	9282	91,9	790	7,8	28	0,3	10100
Sul	4185	92,8	314	7,0	10	0,2	4509
Total	27077	90,9	2572	8,6	129	0,4	29778

Legenda: NS/NR = Não sabe/não respondeu.

Fonte: Brasil, 2014.

A realização da classificação de risco e vulnerabilidade no momento do acolhimento foi apresentada, na tabela 26, constituindo-se em um percentual significativo, em média no país com mais de 90% nas UBS, a menor região foi a Norte, mesmo assim, ultrapassou os 85% de suas UBS com a prática da classificação de risco e vulnerabilidade.

Tabela 27 - Distribuição das equipes que os profissionais são capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários por macrorregiões

Região	Sim	%	Não	%	NS/NR	%	Total
Norte	1132	61,1	683	36,9	37	2,0	1852
Nordeste	6070	62,1	3573	36,6	129	1,3	9772
Centro Oeste	1229	61,9	711	35,8	46	2,3	1986
Sudeste	7527	81,1	1664	17,9	91	1,0	9282
Sul	2979	71,2	1158	27,7	48	1,1	4185
Total	18937	69,9	7789	28,8	351	1,3	27077

Legenda: NS/NR = Não sabe/não respondeu

Fonte: Brasil, 2014.

Apesar do percentual de equipes que realizam a classificação de risco e vulnerabilidade ultrapassarem os 90% no país, o que se refere à capacitação para essa ação, mostrou-se inferior ao da execução, como pode ser visto na tabela 27, com aproximadamente 20% a menos. A região Sudeste apresenta o melhor percentual em relação às equipes que realizam a ação e percentual de equipes capacitadas, com 81,1%.

Tabela 28 - Distribuição das equipes que dispõem de serviço para remoção do usuário, quando necessário por macrorregiões

Região	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Norte	1542	71,4	618	28,6	2160	100,0
Nordeste	9101	84,5	1667	15,5	10768	100,0
Centro Oeste	1933	86,3	308	13,7	2241	100,0
Sudeste	9010	89,2	1090	10,8	10100	100,0
Sul	4306	95,5	203	4,5	4509	100,0
Brasil	25892	87,0	3886	13,0	29778	100,0

Fonte: Brasil, 2014.

Como pode ser visto na tabela 28, aproximadamente 16% das equipes não dispõem de serviços para remoção dos usuários quando necessários para a região Nordeste, esse percentual chega a 28,6% na região Norte e o menor percentual é da região Sul com 4,5%, que junto com a região Sudeste tem o menor percentual (10,8%).

Tabela 29 - Distribuição das equipes com o tipo de serviço para remoção do usuário, quando necessário por macrorregiões

Região	SAMU	%	Ambulância do serviço	%	Outros	%
Norte	373	35,0	518	48,5	478	44,8
Nordeste	3234	43,9	3736	50,7	3950	53,6
Centro Oeste	729	45,4	1096	68,2	584	36,4
Sudeste	3384	49,5	3598	52,6	2997	43,8
Sul	1030	63,1	1251	76,7	578	35,4
Total	8750	47,3	10199	55,1	8587	46,4

Fonte: Brasil, 2014.

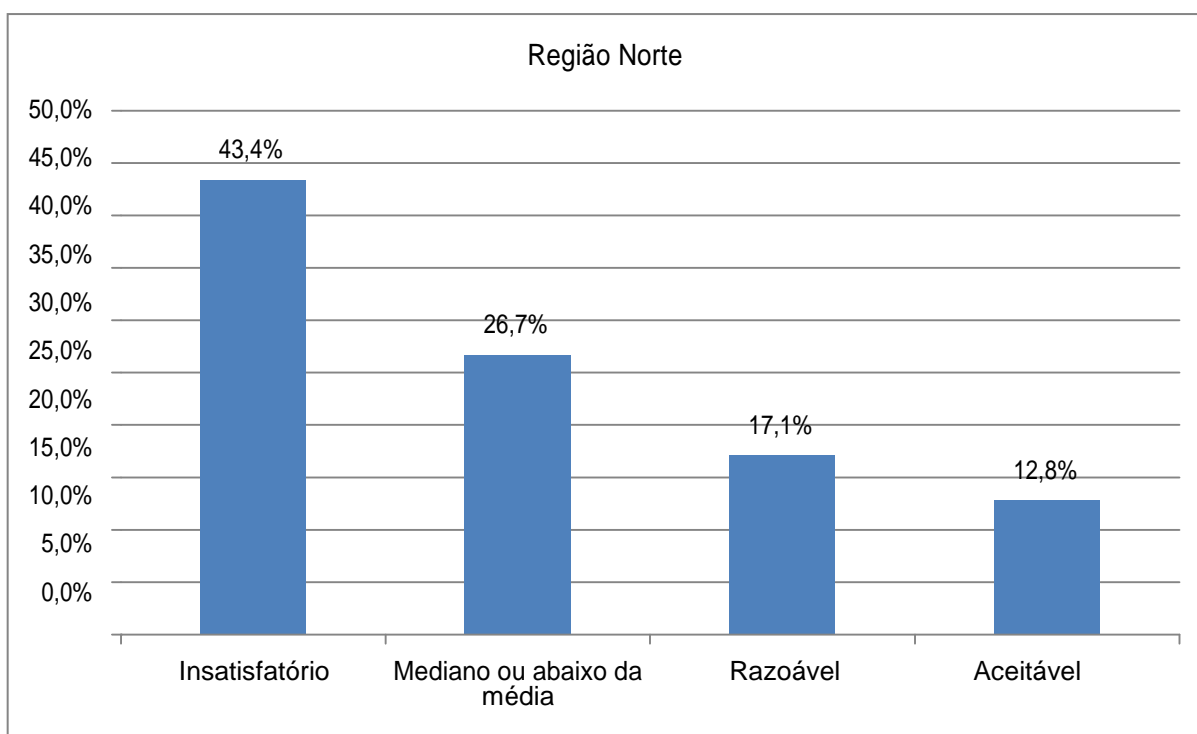
Na tabela 29 são vistos os dados acerca da distribuição das equipes de acordo com o tipo de serviço para remoção do usuário, isso quando necessário dividido por macrorregiões. Observa-se que as regiões Sul (63,1%) e Sudeste (49,5%) têm as maiores porcentagens de disponibilidade no que se refere ao serviço realizado pelo SAMU. Quando se trata de ambulância do serviço o destaque é para a região Sul (76,7%), seguida da região Centro Oeste (68,2%). Quando se trata de outros serviços o Nordeste aparece com 53,6%.

Tabela 30 - Distribuição da classificação das equipes por macrorregião

Região	Classificação				Total (%)
	Insatisfatório (%)	Mediano ou Abaixo da Média (%)	Razoável (%)	Aceitável (%)	
Norte	873 (43,4)	536 (26,7)	343 (17,1)	258 (12,8)	2010 (100)
Nordeste	3044 (29,7)	2678 (26)	2326 (22,7)	2212 (21,6)	10260 (100)
Centro Oeste	653 (30,2)	591 (27,3)	454 (21)	464 (21,5)	2162 (100)
Sudeste	1658 (16,6)	2305 (23,1)	2861 (28,7)	3152 (31,6)	9976 (100)
Sul	978 (22)	1093 (24,6)	1258 (28,3)	1112 (25,1)	4441 (100)
Total	7206 (25)	7203 (25)	7242 (25)	7198 (25)	28849 (100)

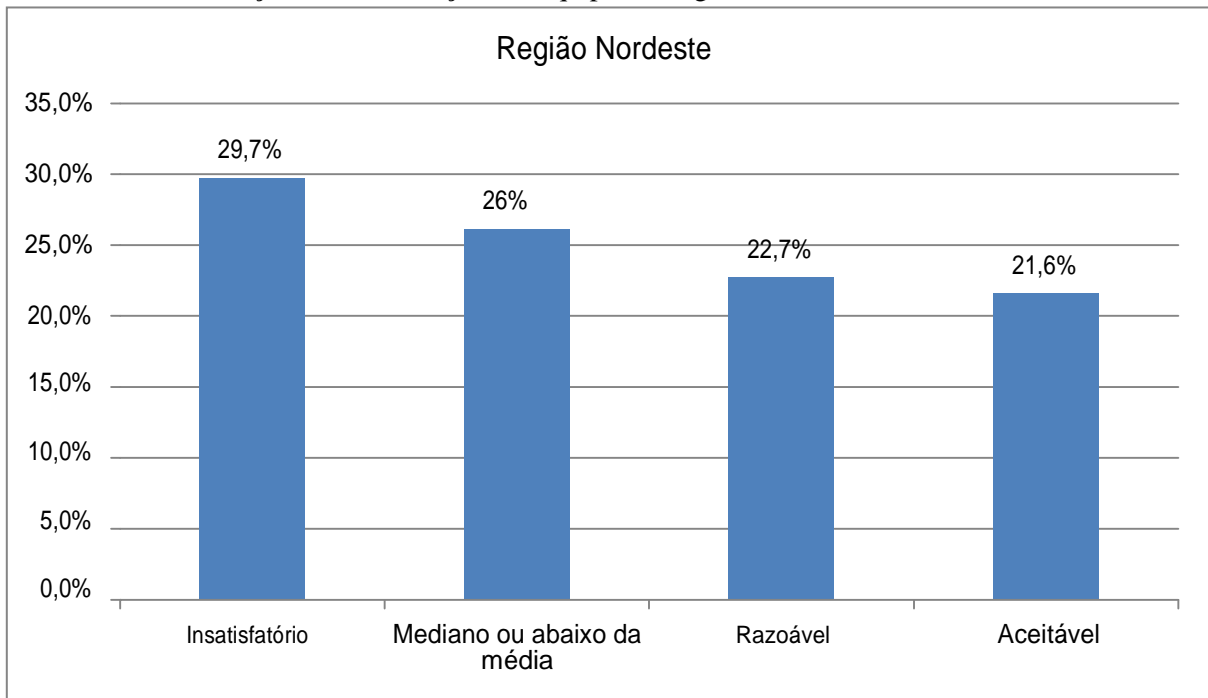
Fonte: Brasil, 2014.

Observa-se na tabela 30, com relação à classificação dada às equipes que a macrorregião Norte teve a maior porcentagem de equipes classificadas em um nível insatisfatório (43,4%). Com relação à classificação mediana ou abaixo da média, a região Centro Oeste foi a que apresentou a maior porcentagem (27,3%). Já para a classificação razoável a região com maior porcentagem foi o Sudeste (28,7%) o mesmo ocorreu para a classificação aceitável (31,6%).

Gráfico 1 - Distribuição da classificação das equipes na região Norte

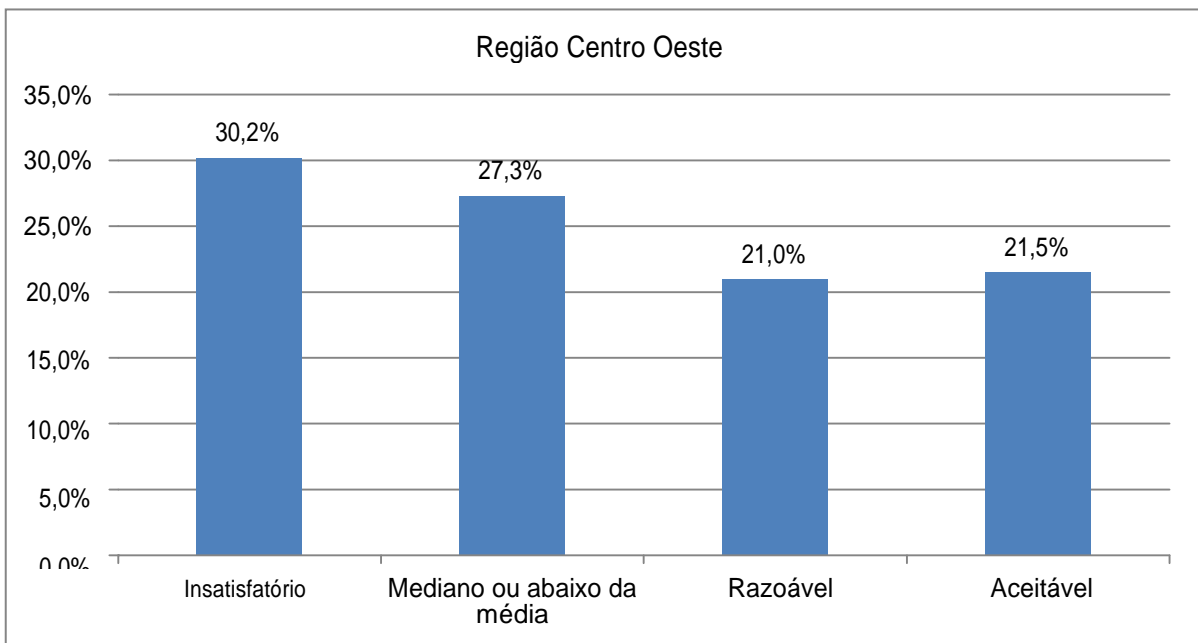
Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No gráfico 1 é possível verificar qual foi a porcentagem das classificações para a região Norte, que teve 43,4% das equipes com desempenho classificado como insatisfatório, 26,7% como mediano ou abaixo da média, 17,1% razoável e apenas 12,8% com aceitável.

Gráfico 2 - Distribuição da classificação das equipes na região Nordeste

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

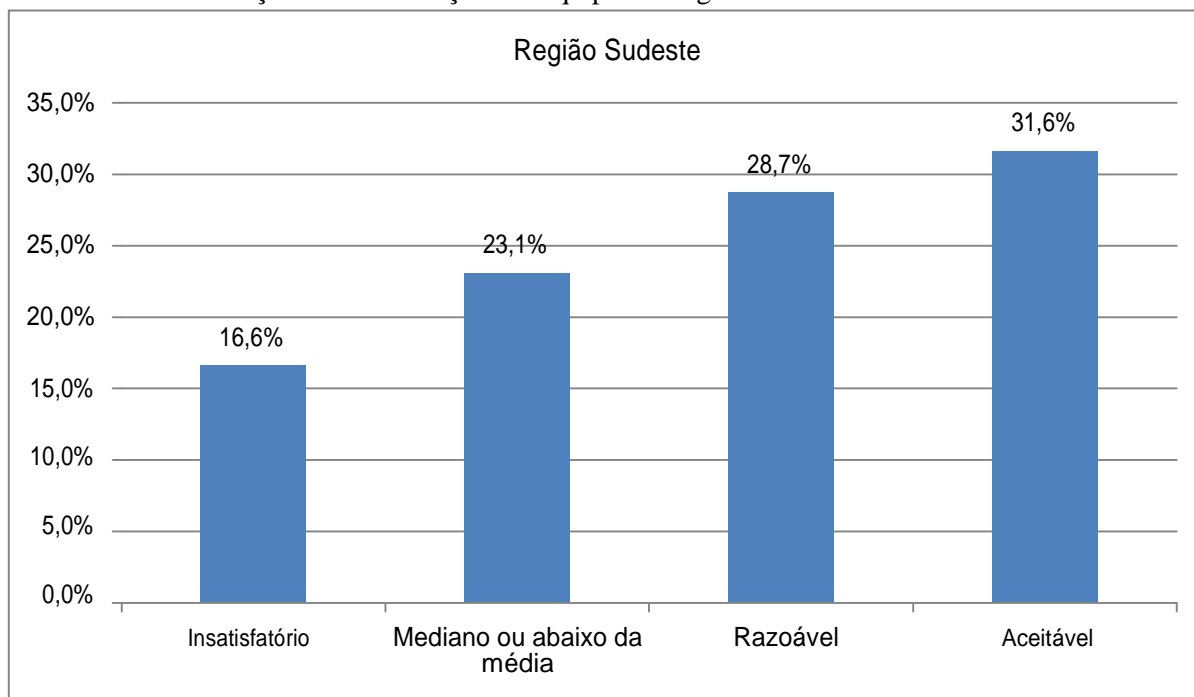
O gráfico 2 mostra a classificação para as equipes da região Nordeste, assim como a região norte, a maioria das equipes foi classificada como insatisfatório (29,7%), contudo, as equipes ficaram mais bem distribuídas nas classificações, girando em torno de 20% a 25%.

Gráfico 3 - Distribuição da classificação das equipes na região Centro Oeste

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No gráfico 3 é possível verificar que a maioria das equipes da região Centro Oeste também estão classificadas como insatisfatórias e da mesma forma que a região nordeste, a distribuição das equipes ficou entre 21% para acima da média e 27,3% para mediano ou abaixo da média.

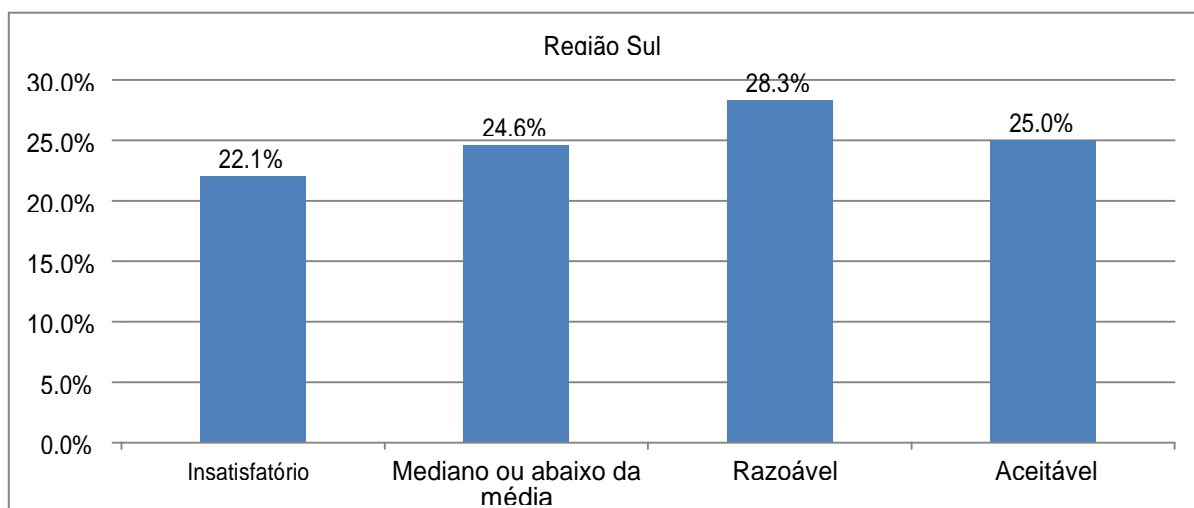
Gráfico 4 - Distribuição da classificação das equipes na região Sudeste



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quando se trata da região Sudeste, como pode ser visto no gráfico 4, a situação muda de figura, tendo a maioria das equipes classificação como aceitável (31,6%), ou razoável (28,7%) e apenas uma minoria das equipes foi classificada como insatisfatório (16,6%).

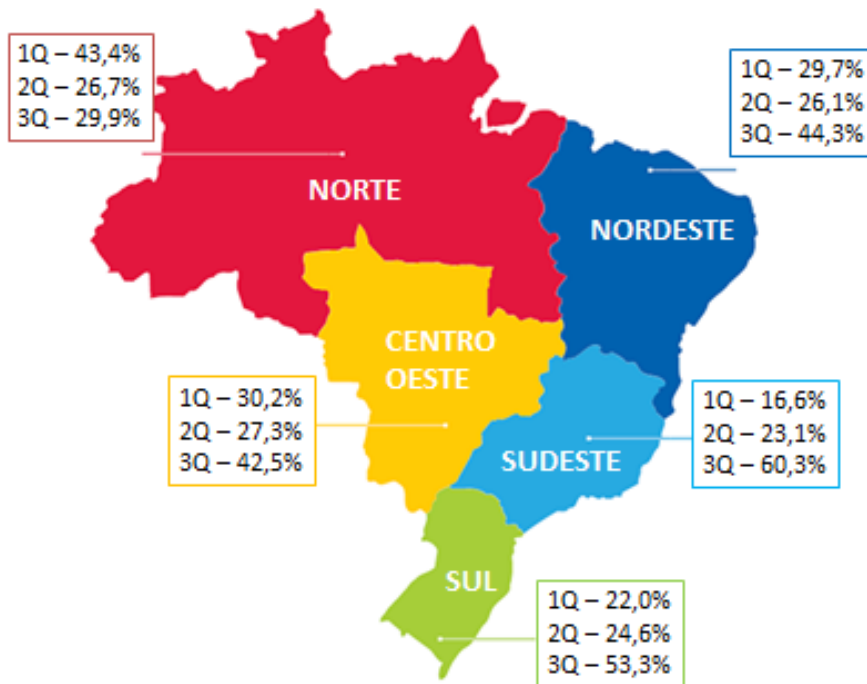
Gráfico 5 - Distribuição da classificação das equipes na região Sul



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

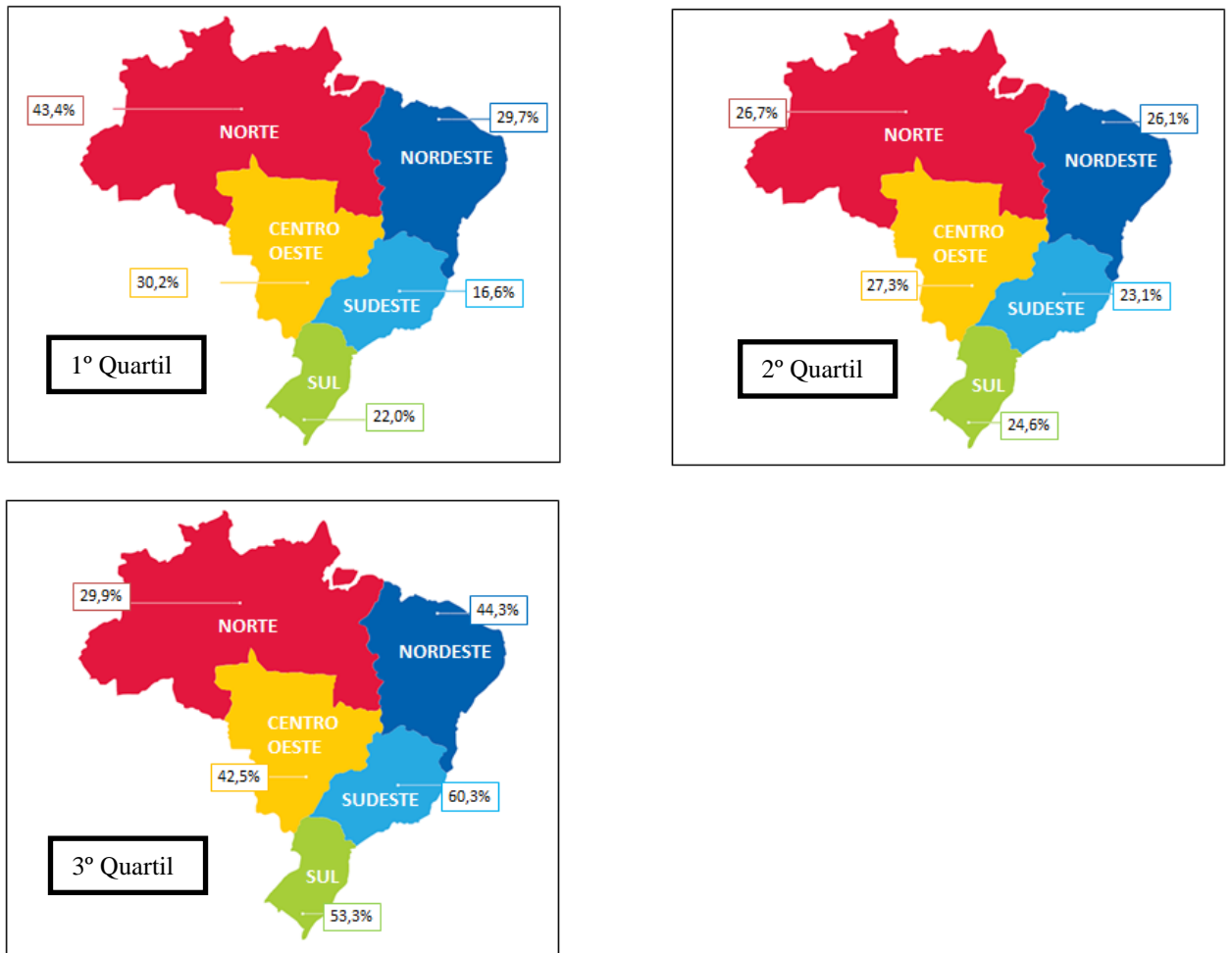
Finalmente, no gráfico 5 são apresentadas as classificações para as equipes da região Sul, que teve a maioria delas classificadas como razoável (28,3%), entretanto as equipes estão distribuídas de forma quase igualitária, girando em torno dos 24% para todas as classificações.

Figura 2 - Ilustração da classificação geral das equipes por macrorregião



Na figura 2 é possível verificar a classificação das equipes por macrorregião por quartil. Já na Figura 3 essa observação fica mais clara, tendo três mapas, um por quartil, assim, é possível afirmar que para o primeiro quartil a região Norte apresentou a maior porcentagem (43,4%) e a região Sudeste a menor (16,6%). Já para o segundo quartil a maior porcentagem foi da região Centro Oeste (27,3%) e a menor foi da região Sudeste (23,1%). O terceiro quartil apresentou-se maior na região Sudeste (60,3%) e menor na região Norte (29,9%).

Figura 3 - Ilustração da classificação por categoria das equipes por macrorregião



Fonte: construção própria

5 DISCUSSÃO

Observa-se nos resultados apresentados que a região Norte teve menor pontuação em várias categorias e só pontuou acima da média nacional nas questões referentes a ter um local específico para a realização do acolhimento ou poder realiza-lo na recepção e com relação a não ter protocolos para acolhimento de queixas diversas. Já a região Nordeste pontuou acima da média nacional nos dois pontos supracitados e na variável que se referia à realização de acolhimento no turno da manhã. A região Centro Oeste teve desempenho semelhante obtendo pontuação maior do que a média nacional nas variáveis apresentadas anteriormente e também com relação à realização do acolhimento durante os cinco dias úteis semanais. Além disso, a região Sudeste só teve dois pontos abaixo da média nacional que foram nas variáveis com relação à existência de local específico para realizar o acolhimento e o fato de não possuir protocolos específicos para acolhimento. A região Sul teve mais variáveis com média abaixo da nacional, entre elas a existência de protocolos com relação à queixas mais frequentes no idoso, adulto e criança; com relação aos problemas respiratórios; protocolos para problemas relacionados à saúde mental e ao sofrimento psíquico; existência de protocolo de captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação; existência de protocolo de dengue; outros; não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea; e garantia de sair com a consulta agendada. Todas as outras variáveis tiveram médias acima da nacional.

Um estudo foi realizado por Clementino et al. (2015) no qual avaliavam o acolhimento na atenção básica a partir de uma avaliação externa do PMAQ-AB. Neste estudo constatou-se que, nesta fase da inserção do acolhimento, a maioria das unidades de saúde da região Sudeste tinham o processo de acolhimento implantado (92,2%), seguidas pela região Sul (81,9%), Nordeste (81,2%), Centro Oeste (66,8%) e Norte (62,9%). O Sudeste tinha mais unidades atendendo matinalmente e Centro Oeste menos. Já no ano da publicação do estudo supracitado, a maioria das equipes de AB em todo o país afirmou não possuir protocolos com definições das diretrizes terapêuticas em cada caso, refletindo na avaliação realizada este ano, neste estudo, de que a inexistência de protocolo ainda afeta a maior parte das regiões do país.

Neste estudo considerou-se a utilização de um modelo de decisão com facilidade de utilização e de grande importância para a gestão, tendo em vista sua aplicabilidade em regiões diversas, com particularidades específicas a estas. Assim, revelou-se que em todas as regiões do país há a realização de acolhimento, considerando-se as particularidades de cada região e que, com um local específico ou na recepção, a maioria das unidades em todas as regiões consegue realizar este atendimento. Contudo, como observado nos resultados, as regiões

Norte, Nordeste e Centro Oeste estão deficitárias na realização da atividade, sendo classificadas a partir do padrão desenvolvido como Insatisfatórias ou abaixo da média em sua maioria.

Destacou-se o fato de que as regiões supracitadas estão com médias abaixo da nacional em quase todas as variáveis estudadas, refletindo um fator apresentado por Clementino et al. (2015) em estudo no qual apresentou-se que em 2015 as regiões Norte, Nordeste e Sudeste não tinham ainda a implementação do acolhimento na sua totalidade de unidades de saúde.

As médias baixas com relação aos protocolos podem atingir a AB enquanto principal porta de entrada no sistema de saúde, precisando dar respostas aos usuários de maneira capacitada, devendo romper as barreiras burocráticas, contudo, ainda se vê a dificuldade da realização destes objetivos, tendo em vista a dificuldade das tecnologias chegarem até os trabalhadores em saúde e assim, conseqüentemente, permitirem aos mesmos prestar um bom atendimento aos usuários.

Chega-se então à mesma conclusão apresentada por Clementino et al. (2015) de que o acolhimento pode estar sendo realizado na maioria das unidades de saúde do Brasil, contudo, a boa prática do mesmo depende das tecnologias e interações entre diversos aspectos que envolvem a produção de saúde e que vai resultar na satisfação do usuário. Assim, ainda se apresenta como necessária a evolução das políticas em relação ao acolhimento na AB, que possam promover as ferramentas necessárias para a realização das atividades e assim promovendo maior satisfação dos usuários que são a razão maior da existência do serviço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo pretendeu-se avaliar o acolhimento da demanda espontânea das Equipes de Saúde da Família, com base nos dados do segundo ciclo do PMAQ. Foram avaliadas 29.778 unidades, das quais 96,9% realizam acolhimento à demanda espontânea no Brasil. Salienta-se que ainda existem 912 unidades que não realizam este tipo de diretriz.

Neste estudo foi possível observar, a partir do modelo de decisão adotado, para a maioria das variáveis referentes ao acolhimento, que as regiões Norte e Nordeste encontram-se em nível abaixo das regiões Sudeste e Sul. Como abordado na discussão o fato encontrado reflete outro apresentado anteriormente por Clementino et al. (2015), no qual apontou-se que as regiões Norte e Nordeste, no ano do estudo, não tinham a implantação do acolhimento na totalidade das unidades de saúde.

De acordo com o documento Acolhimento à Demanda Espontânea (BRASIL, 2011), para que o acolhimento seja assumido quanto uma diretriz, se faz necessário adotar um processo que exige fortes transformações no funcionamento da atenção básica, ou seja, necessita-se de um agrupamento de ações articuladas, que envolvam usuários, trabalhadores e gestores, tendo em vista que esta implantação dificilmente ocorrerá a partir da vontade de um único gestor envolvido. Assim, qualquer ação a ser realizada neste intuito precisa levar em conta a demanda real de forma adaptada.

Considera-se então que apesar das dificuldades apresentadas pelas regiões Norte e Nordeste, isso pode se dever à particularidades referentes a estas regiões, como a ausência de sala específica para a realização do acolhimento, falta de profissionais em cidades afastadas das capitais, menor quantidade de unidades realizando atendimento em todos os horários, menor quantidade de profissionais capacitados, entre outras. Devido a essas particularidades o deve ter como objetivo Estado intervir conforme a necessidade específica.

Apesar da grande amostragem conseguida e das análises realizadas a contento este trabalho também apresentou limitações, tendo em vista que por se tratar de banco de dados secundários, muitas vezes, os dados podem ter sofrido interferências de variáveis espúrias, sejam estas a diversidade de aplicadores distribuídos no Brasil, passando por treinamentos diferenciados, logo com atitudes diferenciadas na aplicação; e a quantidade de instituições envolvidas que possivelmente diferiram quanto à capacitação dos entrevistadores.

Tendo em vista a grande quantidade de dados acerca do PMAQ sugere-se que sejam realizados novos estudos no entorno dos três ciclos de coletas de dados acerca deste

programa, gerando um estudo aprofundado sobre o tema, tão relevante à atenção básica no Brasil.

7 TRABALHOS REALIZADOS

Ao longo dessa caminhada entre o ingresso do PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE, e o processo de qualificação do projeto de pesquisa do mestrado em curso, alguns trabalhos com a temática do PMAQ com a minha participação foram elaborados e apresentados, a exemplo do capítulo de um livro e resumos apresentados em congresso.

- a. Atenção Básica: Olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). Capítulo: Sistema de Referência e Contra referência: avaliação segundo os profissionais da atenção básica participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB na região Nordeste.
- b. Sistema de Referência e Contrarreferência na Região Nordeste: Avaliação segundo os profissionais da atenção básica do 1º ciclo do PMAQ-AB. In: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO 2015, 2015, Goiânia -GO.
- c. Organização do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba no contexto do primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ- AB. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida, 2014, Fortaleza.
- d. Avaliação Externa do PMAQ na Paraíba: um relato de experiência. In: IV Mostra Nacional de Experiências da Atenção Básica, 2014, Brasília.
- e. Avaliação Externa do PMAQ na Paraíba e a construção de uma Rede Colaborativa de Estudos sobre a Atenção Básica. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida, 2014, Fortaleza - CE.
- f. Um olhar sobre a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na Paraíba. In: VI Congresso brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2013, Rio de Janeiro.
- g. Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica em Saúde. In: 13º Congresso Internacional Rede Unida. Aprovado para apresentação no evento que será realizado entre 30/05 e 02/06/2018 em Manaus – AM, Brasil.
- h. Análise do acolhimento à demanda espontânea na atenção básica à saúde no Brasil. Artigo a ser submetido.

REFERÊNCIAS

- ALBET, M. K.; AHA, D. W. Instance-based learning algorithms. **Machine Learning**, v. 6, p. 37-66, 1991.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011.
- ANDRADE, L. O. M. De; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: **Tratado de saúde coletiva**. 2006. p. 783-835.
- ARAH, O. A. Conceptual Frameworks for Health Systems Performance: A Quest for Effectiveness, Quality, and Improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 5, p. 377–398, 1 out. 2003.
- AUSTRALIA; DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING. **Towards a national Primary health care strategy: a discussion paper from the Australian government**. Canberra: The Dept., 2008.
- BRANCO, A. G.; RAMOS, V. Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, p. 5–12, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436** de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de atenção Básica. *Jornal dos Agentes de Saúde do Brasil*, 2017.
- _____. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, jun. 2016b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.654** de 19 de julho 2011. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 17 set. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1). 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 56., 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção da a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção da a Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012.
- CAMPOS OLIVEIRA, M. A. de; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.

- CHOI, S. J.; KIM, J.; SEO, J.; KIM, H. S.; LEE, J.; PARK, H. Parametric response mapping of dynamic CT as an imaging biomarker to distinguish viability of hepatocellular carcinoma treated with transcatheter arterial chemoembolization. **Abdominal Imaging**, v. 39, n. 3, p. 518–525, jun.2014.
- CLEMENTINO, F. S.; GOMES, L. B.; VIANNA, R. P. T.; MARCOLINO, E. C.; ARAÚJO, J. P.; CHAVES, T. V. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência (On line)**, v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015.
- CONNIL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, p. 563-613, 2006.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Evaluating the institutionalization of evaluation. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.
- FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 3, p. 339-357, 2009.
- FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z.; SANTOS, M.S.; CAPPELLINI, V. K.; ALMEIDA, A. C. C. de. Primary Health Care Assessment Tools: A Literature Review and Metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, dez.2014.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345 – 353, 1999.
- GARUZI, M.; ACITTI, M. C. de O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, p. 144-149, 2014.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n. 5, p. 951–963, 2006.
- GONDIM, G. M. M; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. **Escola Nacional de Saúde Pública**. Fundação Oswaldo Cruz, p.32, 2012.
- HARTZ, Z. M. A., org. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 362 p.
- HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCA Tool-Brasil adultos. **Rev. Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.
- IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. DE; RIBEIRO, M.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H.; VIANA, A. L. D'AVILA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683–703, 2006.

KHACHIDZE, M.; TSINTSADZE, M.; ARCHUADZE, M. Natural Language Processing Based Instrument for Classification of Free Text Medical Records. **BioMed Research International**, p. 1–10, 2016.

MEAD, N.; BOWER, P.; ROLAND, M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) – Development and psychometric characteristics. **BMC Family Practice**, v. 9, n. 13, 2008.

MENDES E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 15, p.2297-2305, 2010.

OLIVEIRA, M. M. C. DE; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J.; DUNCAN, B. B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 256–263, 8 nov, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Whashington: OPAS, 2007.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde Soc.**, v. 15, n. 2, São Paulo, Maio/Agosto, 2006.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate** vol.38 n. especial, Rio de Janeiro, Outubro, 2014.

POWER, T. J.; MAUTONE, J. A.; MANZ, P. H.; FRYE, L.; BLUM, N. J. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges. **Pediatrics**, v. 121, n. 1, p. 65-72, 2008.

RAMOS-GARCIA, R. I.; MUTH, E. R.; GOWDY, J. N.; HOOVER, A. W. Improving the Recognition of Eating Gestures Using Intergesture Sequential Dependencies. **IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics**, v. 19, n. 3, p. 825–831, maio 2015.

SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil / Sustainability analysis of an evaluation policy: the case of primary health care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1079–1095, 2010.

SANTOS PEREIRA, B. DOS; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, jun. 2016a.

SARTI, T. D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C.; MACIEL, E.L. N. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família Evaluation of health planning activities by Family health teams. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537–548, 2012.

SILVA, P. H. G. DA. **Núcleo de apoio à saúde da família–NASF no Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica PMAQ: análise dos indicadores do 2º ciclo da avaliação externa.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, 2014.

SILVA, S. A. da; NOGUEIRA, D. A.; PARAIZO, C. M. DA S.; FRACOLLI, L. A. Assessment of primary health care: health professionals **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 122–128, ago. 2014.

SOUZA E, et.al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726 p.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Evaluation, a responsibility. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 569–571, 2006.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde/The role of evaluation in decision making in the management of health services. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012.

TOMASI, E.; FACCHINI, Q.; OSORIO, A.; FASSA, A. G. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 800-806, 2003.

UNICEF; ORGANIZATION, W. H.; OTHERS. **Primary health care: a joint report.** 1978. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/39225>>. Acesso em: 19 out. 2016.

WELTGE SUNDHEITS ORGANISATION (ed.). **Primary health care: now more than ever.** Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Evaluation of Structure and Provision of Primary Care in Ukraine**, Ucrânia: OMS, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório mundial da Saúde 2008: Cuidados Primários - Agora mais do que nunca.** Genebra: OMS, 2008.

Anexo 1 – Parecer do comitê de ética do PMAQ



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012


JOSE ARTUR BOGO CHIES

Anexo 2 - Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade



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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ –
ACESSO E QUALIDADE**

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
(PMAQ)
– Terceiro ciclo –

Brasília, DF
2017

Ficha Catalográfica

Supervisão geral:

Allan Nuno Alves de Sousa

Coordenação Técnica Geral:

José Eudes Barroso Vieira

Mara Lúcia dos Santos Costa

Revisão Técnica:

Aliadne Castorina Soares de Sousa

Allan Nuno Alves de Sousa

Antonio Barbosa de Araújo Junior

Brena Gabriella de Cerqueira

Danillo Fagner Vicente de Assis

Denise Lins de Sousa

Dirceu Ditmar Klitzke

Davllyn Santos Oliveira dos Anjos

Edson Hilan Gomes de Lucena

José Eudes Barroso Vieira

Larissa Gabrielle Ramos

Maria de Fátima Pereira

Olivia Lucena de Medeiros

Pauline Cavalcanti

Renata Pella Teixeira

Thaís Alessa Leite

Elaboração Técnica:

Aliadne Castorina Soares de Sousa

Allan Nuno Alves de Sousa

Davllyn Santos Oliveira dos Anjos

Danillo Fagner Vicente de Assis

Denise Lins de Sousa

Dirceu Ditmar Klitzke

Edson Hilan Gomes de Lucena

Larissa Gabrielle Ramos

Maria de Fátima Pereira

Olivia Lucena de Medeiros

Pauline Cavalcanti

Renata Pella Teixeira

Thaís Alessa Leite

Colaboração:

Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Coordenação: Luiz Augusto Fachinni

Universidade Federal Rio Grande Sul (UFRGS)

Coordenação: Alcindo Antonio Ferla

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Coordenação Antonio Thomaz G. da Matta
Machado

Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Coordenação: Márcia Cristina Rodrigues

Fausto Helena Maria Seidl

Instituto de Saúde Coletiva/Universidade

Federal da Bahia

Coordenação: Maria Guadalupe Medina

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

(UFRN)

Coordenação: Paulo de Medeiros Rocha

Universidade Federal do Piauí

Coordenação: Osmar de Oliveira Cardoso

Universidade Federal de Sergipe

Coordenação: João Cavalcanti

Colaboração:

Alyne Araújo de Melo Daniel Miele Amado

Kimielle Cristina Silva

Márcia Helena Leal

Marcilio Regis Melo Silva

Rimena Gláucia Dias de Araújo

Sumário

Apresentação	5
Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade	6
Avaliação Externa	7
O Instrumento	8
Classificação dos padrões para certificação	8
Criação do Questionário da Avaliação Externa	10
Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde.....	12
Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde	30
Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde.....	59
Módulo IV– Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde.....	78
Módulo V– Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal	91
Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde	98
Referências.....	105
ANEXOS	107
Anexo A - Lista de Documentos para Comprovação das Ações da Equipe	107
Anexo B - Lista das Universidades da Avaliação Externa do PMAQ.....	110

Apresentação

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

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, apresentamos o instrumento de coleta de dados para a avaliação externa, que compõe a segunda fase do terceiro ciclo do PMAQ. Nessa etapa, realizada em parceria com instituições de ensino superior (IES), será efetuado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa.

O presente instrumento guarda similaridade com o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado nos processos de autoavaliação, visando assegurar coerência das informações, uma vez que os resultados serão acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ.

As informações serão analisadas por métodos complementares com instrumentos específicos para gestão municipal, UBS, equipe de atenção básica e usuários, incluindo de análise documental. Estão contemplados, ao longo do instrumento, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde Mental, Atenção às Doenças Crônicas, Programa Saúde na Escola, Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares, Atenção às Doenças Negligenciadas e ações voltadas às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

Dessa forma, esperamos contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica e também para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade

O “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” procura induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das equipes de atenção básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

A iniciativa objetiva a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica que compõem um ciclo.

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

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

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

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB. Nesse momento devem ser realizadas um conjunto de ações pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. O Eixo é composto pelos seguintes elementos (Autoavaliação, Monitoramento dos indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal) que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática.

Avaliação Externa

A avaliação externa é o momento no qual será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Esse momento consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes participantes do programa e da gestão da atenção básica.

O processo de avaliação externa, também, possibilita:

- Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
- Subsidiar a reconstrução das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- Conhecer em escala e profundidade as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
- Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal.

Para a realização da avaliação externa, o Ministério da Saúde conta com o apoio de Instituições de ensino e/ou pesquisa (ver Anexo B) de reconhecida experiência em pesquisas avaliativas na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação de entrevistadores que irão aplicar o instrumento de avaliação. Os entrevistadores visitarão as EAB conforme itinerário planejado pelas Instituições de ensino e/ou pesquisa e após contato com a gestão municipal. A coleta dos dados será feita utilizando *tablets*.

A avaliação externa, bem como a Certificação das equipes será coordenada de forma tripartite pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Instrumento

O instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal está organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações:

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- **Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- **Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil)**, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- **Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários.
- **Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal** com objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica.
- **Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

O **Módulo III** não será utilizado para certificação das equipes, mas a coleta dos dados será realizada no momento da avaliação externa. As informações obtidas objetivam levantar informações para o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica e para divulgação de resultados sobre a atenção básica no Brasil. O Módulo III será publicado no Portal do DAB (<http://dab.saude.gov.br/>).

Para o 3º ciclo, o gestor deverá preencher o **Módulo Eletrônico** com informações referentes aos profissionais de nível superior, médio e técnico em sistema eletrônico, além de informações relacionadas à gestão da AB, gestão do cuidado, educação permanente, dentre outras. Assim não haverá necessidade de preenchimento de fichas impressas e entregues durante a avaliação externa aos entrevistadores. O Módulo Eletrônico estará acessível no Portal do e-gestor (<https://egestorab.saude.gov.br/>).

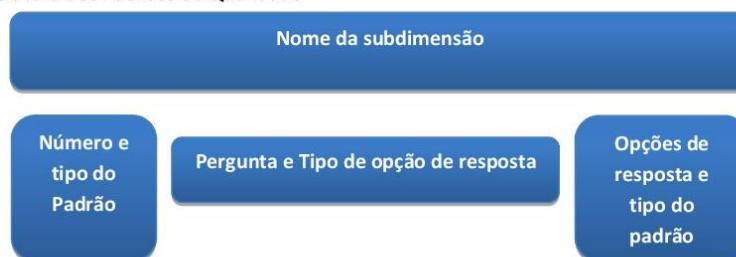
Classificação dos padrões para certificação

A partir da avaliação externa que aconteceu nos dois primeiros ciclos do PMAQ, foi possível analisar os padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa. Após reuniões do grupo de Trabalho de Atenção à Saúde composto pelo CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde, verificou-se a necessidade de adequação de critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação para o terceiro ciclo do PMAQ. Assim, para este ciclo, os padrões de acesso e qualidade são classificados como:

- **Padrões Essenciais:** são padrões com elevados percentuais de cumprimento pelas equipes e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade na Atenção Básica. Conforme a Portaria GM nº 1.645 que dispõe sobre o PMAQ-AB, caso a equipe contratualizada não alcance **todos os padrões essenciais** de qualidade, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim.
- **Padrões Estratégicos:** considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica. Ainda conforme a Portaria GM nº 1.645 para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deverá alcançar **percentual de padrões considerados estratégicos**, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB.
- **Padrões Gerais:** são os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes. Na certificação a equipe que se adequa a esses padrões ganha pontos se realiza a ação.
- **Padrões Obrigatórios:** esses padrões condicionam a permanência da equipe no Programa. Para isso é preciso:
 - Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS AB/SISAB) nos meses indicados pelo programa. O não envio da base de dados municipal para a nacional impossibilita o cálculo dos indicadores, inviabilizando o monitoramento que é parte da certificação, desta forma a equipe será insatisfatória.
 - Presença de cadeira odontológica na unidade de saúde, quando o tipo de equipe de atenção básica for cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com saúde bucal. Se a equipe com saúde bucal que aderiu ao PMAQ não tiver a cadeira odontológica, toda equipe de atenção básica com saúde bucal será desclassificada do Programa.

A classificação de cada padrão de qualidade está sinalizada nas tabelas que serão apresentadas neste documento da seguinte forma: no local de numeração do padrão ou nas opções de resposta.

Figura 1. Estrutura dos Padrões de Qualidade



Exemplo:

Tabela 1. Padrão de qualidade.

II.3 - Apoio Matricial para as equipes de AB		
II.3.1 - Geral	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim
		Não

Criação do Questionário da Avaliação Externa

Para a criação de um novo questionário da avaliação externa será preciso registrar no *Tablet* as informações contidas no quadro abaixo.

Criação do Questionário da Avaliação Externa	
Universidade principal:	Selecionar no <i>Tablet</i>
Universidade apoiadora:	Selecionar no <i>Tablet</i>
CPF do entrevistador	Digitar CPF
Selecionar o módulo que será aplicado:	Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde
	Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde
	Módulo III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de saúde
	Módulo IV – Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde.
	Módulo V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal
	Módulo VI – Entrevista com o profissional da equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde
Estado	Selecionar no <i>Tablet</i>
Cidade	Selecionar no <i>Tablet</i>
CNES da UBS	Selecionar no <i>Tablet</i>
Esse é o CNES da contratualização?	Sim
Se marcar NÃO, abre a próxima questão.	Não
Especifique o novo CNES	Digitar CNES
INE da Equipe Esta questão abre no caso de selecionar o Módulo II, Módulo IV e Módulo VI.	Digitar INE
Será aplicado o questionário para a UBS?	Sim
Esta questão abre no caso de selecionar o Módulo I e Módulo V. Se marcar NÃO abre a próxima questão.	Não
Por que não será aplicado o questionário?*	UBS fechada permanentemente (desativada).
	A gestão não quer que avalie a UBS.
	A equipe não quer que avalie a UBS.
	UBS está em reforma ou ampliação e a equipe não está fazendo atendimento em nenhum outro local.
	A equipe desta UBS não aderiu ao PMAQ.
A equipe desta UBS não é um tipo de equipe que pode participar do PMAQ (Equipe Fluvial, Equipe Indígena, Equipe do Sistema Penitenciário, Equipe Consultório na Rua).	

Será aplicado o questionário para a Equipe? Esta questão abre no caso de selecionar o Módulo II, Módulo IV e Módulo VI. Se marcar NÃO, abre a próxima questão.	Sim
	Não
Por que não será aplicado o questionário?*	A equipe está desativada permanentemente.
	A equipe desistiu de participar da avaliação externa.
	A gestão informou que não deseja que a equipe participe da avaliação externa.
	A equipe não sabia que estava no PMAQ.
	UBS está em reforma ou ampliação e a equipe não está fazendo atendimento em nenhum outro local.
	Não havia profissional de nível superior para responder a entrevista.
	Não havia profissional (cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal) para responder a entrevista. (Somente para o0 módulo VI)
	A equipe de saúde bucal funciona permanentemente em outro local. (Somente para o0 módulo VI)
A equipe desta UBS não é um tipo de equipe que pode participar do PMAQ (Equipe Fluvial, Equipe Indígena, Equipe do Sistema Penitenciário, Equipe Consultório na Rua)2	
Será aplicado o questionário para o usuário? Esta questão abre no caso de selecionar o Módulo III. Se marcar NÃO abre a próxima questão.	Sim
	Não
Por que não será aplicado o questionário?*	Não havia usuário na UBS para responder o questionário.
	A equipe cancelou toda a agenda de atendimento.
	UBS fechada permanentemente (desativada).
	A equipe está desativada permanentemente.
	A equipe desistiu de participar da avaliação externa.
	A gestão informou que não deseja que a equipe participe da avaliação externa.
	UBS está em reforma ou ampliação e a equipe não está fazendo atendimento em nenhum outro local.

* O questionário deve ser enviado para o bando de dados da avaliação externa do PMAQ, mesmo que a avaliação não seja realizada.

Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde

Neste módulo, o entrevistador deverá ser acompanhado pelo enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem ou gerente da Unidade Básica de Saúde, que conheça a estrutura, os equipamentos, os materiais e os insumos da Unidade de Saúde para a verificação dos mesmos.

I.1 - Identificação Geral		
I.1.1	Número do supervisor:	Número
I.1.2	Número do entrevistador:	Número
I.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
I.2.0	Coordenadas GPS:	Latitude
		Longitude
		Não foi possível obter as coordenadas
I.2.1	Endereço:	
I.2.2	Telefone(DDD)+ 9 dígitos	(__) ____ - ____
		Não existe telefone
I.3 - Profissionais da Unidade Básica de Saúde		
I.3.1	Existem profissionais que atuam na UBS e não fazem parte da equipe mínima e do NASF?	Sim
		Não
		Não sabe/Não Respondeu
I.3.2	Qual número de profissionais existentes, que fazem parte da(s) equipe(s) (excluindo NASF), para cada profissão?	Médico especialista
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
		Farmacêutico
		Terapeuta Ocupacional
		Fonoaudiólogo
		Profissional de Educação Física
		Outro(s) profissionais de nível superior
I.3.3 - Geral	Existe pessoa responsável pela gerência da unidade?	Sim
		Não
I.3.4	Este profissional organiza seu trabalho de que maneira?	Faz exclusivamente a gerência da UBS
		Divide-se entre gerência da UBS e cuidado ao usuário
		Dedica menos que 20h à gerência da UBS por conta de outros vínculos
		A gerência da UBS é compartilhada/rodiziada entre os profissionais
I.3.5	Qual a formação do profissional que faz a gerência da UBS? (Maior titulação)	Nenhuma das anteriores
		Possui graduação na área da saúde
		Possui pós-graduação na área da saúde
		Possui pós-graduação em área diferente da saúde
		Possui graduação em área diferente da saúde

		Possui nível médio ou técnico
I.4 - Acesso e Acessibilidade na Unidade de Saúde		
I.4.1	A unidade possui que tipo de sinalização externa?	Totem externo conforme recomendação do MS Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização (Geral) Faixa na parede da entrada da unidade de saúde Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde Nenhuma das anteriores
I.4.2 - Geral	Nas dependências da unidade, existe:	Entrada externa adaptada para cadeira de rodas Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc) Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas Piso tátil para acesso as dependências da unidade Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro)
I.4.3	A(s) equipe(s) disponibiliza(m) na estrutura da unidade:	O horário de funcionamento da unidade de saúde (Geral) A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe (Estratégico) A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho (Geral) O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde (Geral) Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco) (Geral) Nenhuma das anteriores
I.4.4	Há horário fixo de funcionamento da unidade?	Sim Não
I.4.5	Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?*	Segunda (Essencial) Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)

	*Funcionar a noite e aos finais de semana pontuará na certificação	Terça (Essencial)
		Em que horário abre ()
		Em que horário fecha ()
		Quarta (Essencial)
		Em que horário abre ()
		Em que horário fecha ()
		Quinta (Essencial)
		Em que horário abre ()
		Em que horário fecha ()
		Sexta (Essencial)
		Em que horário abre ()
		Em que horário fecha ()
		Sábado
		Em que horário abre ()
		Em que horário fecha ()
		Domingo
		Em que horário abre ()
		Em que horário fecha ()
I.4.6 - Estratégico	Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?	Sim
		Não
I.5 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde		
I.5.1	Esta unidade está funcionando em local provisório?	Sim
		Não
I.5.2	A UBS está em reforma?	Sim
		Não
I.5.3	A UBS está em ampliação?	Sim
		Não
I.5.4	Quantas equipes estão atuando provisoriamente na estrutura desta UBS?	Quantidade
I.5.5	Quantifique a(s) equipe(s) segundo o(s) motivo(s) que a(s) levou(varam) a funcionar em unidade provisória.	Quantidade de equipes com unidade em construção:
		Quantidade de equipes com unidade em reforma:
		Quantidade de equipes com unidade em ampliação:
		Quantidade de equipes com unidade que sofreu desastres naturais (ex: enchente, temporal):
		Quantidade de equipes com unidade fechada por causas externas (ex: incêndio, desabamento, interdito pela defesa civil, violência urbana):
I.5.6	Quantifique a(s) equipe(s) segundo o tempo que está(ão) atuando na unidade provisória.	Quantidade de equipes atuando na unidade provisória há menos de um mês:
		Quantidade de equipes atuando na unidade provisória entre 1 e 6 meses:
		Quantidade de equipes atuando na unidade provisória entre 7 meses e 1 ano:

		Quantidade de equipes atuando na unidade provisória há mais de 1 ano:
I.6 - Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde		
I.6.1	Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?	Sanitário para os usuários (Geral) Sanitário para pessoa com deficiência (Geral) Banheiro para funcionários (Geral) Vestibulário para funcionários Sala exclusiva para recepção/espera Sala exclusiva de vacina Existem quantos computadores, em condição de uso, na sala de vacina?
Sobre os ambientes da farmácia:		
I.6.2	Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?	Área para dispensação de medicamentos Área para fracionamento Área para seguimento farmacoterapêutico Área para estocagem de medicamentos Nenhuma das anteriores Os medicamentos estão armazenados e acondicionados de forma adequada (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)? Existem quantos computadores, em condição de uso, na Farmácia?
I.6.3	Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?	Consultórios exclusivos para atendimento clínico sem computador (Geral) Consultórios clínicos com computador sem internet (Geral) Consultórios clínicos com computador conectados à internet (Geral) Consultórios clínicos com sanitário anexo Sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva Sala exclusiva para coleta de material para exames Sala exclusiva para curativo Sala exclusiva para procedimentos

		Sala exclusiva para observação (curta duração)
		Banheiro na sala de observação
		Sala exclusiva para administração e gerência
		Sala exclusiva para atividades coletivas
		Sala exclusiva para os ACS
		Local exclusivo para almoçarifado
		Local exclusivo para copa
		Local exclusivo para expurgo
		Sala exclusiva para esterilização/estocagem de material esterilizado
		Local exclusivo para depósito de material de limpeza (DML)
		Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos
		Local exclusivo para depósito de resíduos comuns
		Local exclusivo para depósito de resíduos contaminados
		Local exclusivo para depósito de resíduos recicláveis
		Área externa para embarque e desembarque de ambulância
I.6.4	Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observa-se:	Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização
		Os ambientes são bem iluminados
		Os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis
		A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno
		Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário
		Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza
		A sala de espera está em boas condições de limpeza
		A sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem
		Nenhuma das anteriores
I.7 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde		
I.7.1 - Geral	Quantos computadores em condições de uso em toda UBS?	Quantidade
I.7.2 - Geral	Quantas câmeras (web cam) em condições de uso?	Quantidade

I.7.3 - Geral	Quantas caixas de som em condições de uso?	Quantidade
I.7.4 - Geral	Quantos microfones para computador em condições de uso?	Quantidade
I.7.5 - Geral	Quantas impressoras em condições de uso?	Quantidade
I.7.6	Quantas televisões em condições de uso?	Quantidade
I.7.7	Quantos datashow em condições de uso?	Quantidade
I.7.8	Quantos equipamentos de teleconferência em condições de uso?	Quantidade
I.7.9 - Geral	Existe acesso à internet nesta unidade?	Sim
		Não
I.7.9.1 - Geral	Quantos computadores com acesso a internet em toda UBS?	Quantidade
I.7.9.2	A conexão de internet disponível é suficiente para a realização das atividades?	Funciona de maneira contínua
		Funciona de maneira irregular
		Nunca funciona
I.7.10	Existe telefone funcionando na UBS?	Sim
		Não
I.7.11	Existe <i>tablet</i> disponível para utilização dos profissionais da equipe?	Sim
		Não
I.8 - Equipamentos e Materiais		
I.8.1 - Geral	Quantos microscópios em condições de uso?	Quantidade
		Não é Área Endêmica de Malária
I.8.2 - Essencial	Quantos aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?	Quantidade
I.8.3 - Geral	Quantos aparelhos de pressão adulto com braçadeira para obeso em condições de uso?	Quantidade
I.8.4 - Geral	Quantos aparelhos de pressão infantil em condições de uso?	Quantidade
I.8.5 - Essencial	Quantos estetoscópios adulto em condições de uso?	Quantidade
I.8.6 - Geral	Quantos estetoscópios infantil em condições de uso?	Quantidade
I.8.7 - Geral	Quantos aparelhos de nebulização em condições de uso?	Quantidade
I.8.8 - Geral	Quantas saídas de ar comprimido em condições de uso?	Quantidade
I.8.9 - Essencial	Quantas balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso?	Quantidade
I.8.10 - Estratégico	Quantas balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso?	Quantidade
I.8.11 - Essencial	Quantas balanças infantis em condições de uso?	Quantidade
I.8.12 - Geral	Quantas régua antropométricas adulto em condições de uso?	
I.8.13 - Essencial	Quantas régua antropométricas infantil em condições de uso?	Quantidade
I.8.14 - Geral	Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?	Quantidade
I.8.15 - Geral	Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?	Quantidade
I.8.16 - Geral	Quantas macas/ mesa para exame clínico em condições de uso?	Quantidade

I.8.17 - Geral	Quantos sonares/detector fetal em condições de uso?	Quantidade
I.8.18 - Geral	Quantos pinards em condições de uso?	Quantidade
I.8.19 - Geral	Quantas câmaras refrigeradas exclusivas para vacina em condições de uso?	
I.8.20 - Essencial	Quantas geladeiras exclusivas para vacina em condições de uso?	Quantidade
I.8.21 - Geral	Quantos termômetros de cabo extensor em condições de uso?	Quantidade
I.8.22 - Geral	Quantas geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia em condições de uso?	Quantidade
I.8.23 - Geral	Quantos suportes de soro em condições de uso?	Quantidade
I.8.24 - Geral	Quantos aparelhos de eletrocardiograma em condições de uso?	Quantidade
I.8.25 - Geral	Quantas autoclaves em condições de uso?	Quantidade
I.8.26 - Geral	Quantos glicosímetros em condições de uso?	Quantidade
I.8.27 - Geral	Quantos termômetros clínicos em condições de uso?	Quantidade
I.8.28 - Geral	Quantas lanternas Clínicas em condições de uso?	Quantidade
I.8.29 - Geral	Quantos otoscópios em condições de uso?	Quantidade
I.8.30 - Estratégico	Quantos oftalmoscópios em condições de uso?	Quantidade
I.8.31 - Geral	Quantos kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) em condições de uso?	Quantidade
I.8.32 - Geral	Quantos kits para teste de Snellen (triagem oftalmológica) em condições de uso?	Quantidade
I.8.33	Quantos goniômetros (para medir amplitude de movimento) em condições de uso?	Quantidade
I.8.34	Quantas faixas elásticas (para exercícios físicos) em condições de uso?	Quantidade
I.8.35	Quantos martelos de reflexos em condições de uso?	Quantidade
I.8.36	Quantas trenas/fitas antropométricas (maleáveis) em condições de uso?	Quantidade
I.8.37	Quantos rolos de posicionamento (para exercícios/fisioterapia) em condições de uso?	Quantidade
I.8.38	Quantas tornozeleiras em condições de uso?	Quantidade
I.8.39	Quantos halteres em condições de uso?	Quantidade
I.8.40	Quantos colchonetes (para exercícios físicos) em condições de uso?	Quantidade
I.8.41	Quantos TENS/FES (para fisioterapia) em condições de uso?	Quantidade
I.8.42	Quantos ultrassom (para fisioterapia) em condições de uso?	Quantidade
I.9 - Material Impresso para Atenção à Saúde		
I.9.1	Caderneta de Saúde da Criança sempre disponível	Sim
		Não
I.9.2	Caderneta da Gestante sempre disponível	Sim
		Não
I.9.3	Caderneta do Adolescente sempre disponível	Sim
		Não
I.9.4	Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível	Sim
		Não

I.9.5	Cartão/comprovante de vacinação sempre disponível	Sim
		Não
I.10 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde		
I.10.0	Esta unidade oferta/faz vacinação ?	Sim
		Não
I.10.1 - Geral	Esta unidade oferta regularmente vacinação (ex: <i>todos os dias da semana ou quase todos os dias</i>)?	Sim
		Não
I.10.2 - Geral	BCG-ID sempre disponível	Sim
		Não
I.10.3 - Geral	Dupla tipo adulto - dT sempre disponível	Sim
		Não
I.10.4 - Geral	dTpa sempre disponível	Sim
		Não
I.10.5 - Geral	Febre amarela sempre disponível	Sim
		Não
		Não é polo de referência
		Sim sempre
I.10.6 - Geral	Influenza sazonal	Disponível apenas no período de sazonalidade
		Não
I.10.7 - Geral	Hepatite B sempre disponível	Sim
		Não
I.10.8 - Geral	Hepatite A sempre disponível	Sim
		Não
I.10.9 - Geral	HPV sempre disponível	Sim
		Não
I.10.10 - Geral	Meningocócica C sempre disponível	Sim
		Não
I.10.11 - Geral	Poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) (VOP) sempre disponível	Sim
		Não
I.10.12 - Geral	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (VIP) sempre disponível	Sim
		Não
I.10.13 - Geral	Pneumocócica 10 sempre disponível	Sim
		Não
I.10.14 - Geral	Tríplice viral sempre disponível	Sim
		Não
I.10.15 - Geral	Tríplice bacteriana sempre disponível	Sim
		Não
I.10.16 - Geral	Tetra Viral sempre disponível	Sim
		Não
I.10.17 - Geral	Pentavalente sempre disponível	Sim
		Não
I.10.18 - Geral	Vacina oral de rotavírus humano sempre disponível	Sim
		Não
I.11 - Testes diagnósticos na unidade de saúde		
I.11.1 - Geral	Teste rápido de sífilis sempre disponível	Sim
		Não
I.11.2 - Geral	Teste rápido de gravidez sempre disponível	Sim
		Não
I.11.3 - Geral	Teste rápido de HIV sempre disponível	Sim
		Não
I.11.4 - Geral	Teste rápido de hepatite B sempre disponível	Sim
		Não
I.11.5 -	Teste rápido de hepatite C sempre disponível	Sim

Geral		Não
I.11.6 - Geral	Teste rápido de malária sempre disponível	Sim
		Não
I.11.7 - Geral	Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa) sempre disponível	Sim
		Não
I.12 - Insumos para Atenção à Saúde		
I.12.1 - Geral	Lâmina (para malária) sempre disponível	Sim
		Não
I.12.2 - Geral	Corantes para malária (Azul de metileno e Giemsa) sempre disponível	Sim
		Não
I.12.3 - Geral	Seringas descartáveis com agulha acoplada sempre disponível	Sim
		Não
I.12.4 - Geral	Seringas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível	Sim
		Não
I.12.5 - Geral	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível	Sim
		Não
I.12.6 - Geral	Tiras reagentes de medida de glicemia capilar sempre disponível	Sim
		Não
I.12.7 - Geral	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes sempre disponível	Sim
		Não
I.12.8 - Geral	Equipo de soro macrogotas sempre disponível	Sim
		Não
I.12.9 - Geral	Equipo de soro microgotas sempre disponível	Sim
		Não
I.12.10 - Geral	Gaze sempre disponível	Sim
		Não
I.12.11 - Geral	Ataduras sempre disponível	Sim
		Não
I.12.12 - Geral	Esparadrapo/fita micropore sempre disponível	Sim
		Não
I.12.13 - Geral	Dispositivo Intra-Uterino - DIU sempre disponível	Sim
		Não
I.12.14 - Geral	Fita métrica sempre disponível	Sim
		Não
I.12.15 - Essencial	Espéculo descartável sempre disponível	Sim
		Não
I.12.16 - Essencial	Espátula de Ayres sempre disponível	Sim
		Não
I.12.17 - Essencial	Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível	Sim
		Não
I.12.18 - Essencial	Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível	Sim
		Não
I.12.19 - Essencial	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível	Sim
		Não
I.12.20 - Geral	Abaixador de língua sempre disponível	Sim
		Não
I.12.21 - Essencial	Escovinha endocervical sempre disponível	Sim
		Não
I.12.22 - Geral	Caixas térmicas para vacinas sempre disponível	Sim
		Não
I.12.23 - Geral	Preservativo masculino (camisinha) sempre disponível	Sim
		Não
I.12.24 - Estratégico	Preservativo feminino sempre disponível	Sim
		Não
I.12.25 -	Cateter para punção periférica tipo Scalp sempre disponível	Sim

Geral		Não
I.13 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares		
I.13.1	A equipe realiza práticas da Medicina Tradicional Chinesa?	Sim
		Não
I.13.2	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) sempre disponíveis	Sim
		Não
I.13.3	Copos de ventosa sempre disponíveis	Sim
		Não
I.13.4	Mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis	Sim
		Não
I.13.5	Moxa (carvão e/ou artemísia) sempre disponíveis	Sim
		Não
I.13.6	Sementes ou cristais para auriculoterapia sempre disponíveis	Sim
		Não
I.14 – Insumos para Atendimento de Urgência e Emergência na Unidade		
I.14.0 - Geral	A unidade possui insumos para atendimento de urgência?	Sim
		Não
I.14.0.1 - Geral	Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)?	Sim
		Não
I.14.1	Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml	Sim
		Não
I.14.2	Equipos para soro simples	Sim
		Não
I.14.3	Conexões de duas vias	Sim
		Não
I.14.4	Garrote	Sim
		Não
I.14.5	Rolo de esparadrapo comum	Sim
		Não
I.14.6	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g	Sim
		Não
I.14.7	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g	Sim
		Não
I.14.8	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g	Sim
		Não
I.14.9	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g	Sim
		Não
I.14.10	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g	Sim
		Não
I.14.11	Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g	Sim
		Não
I.14.12	Seringas de 10 ml sem agulha	Sim
		Não
I.14.13	Agulhas 40 x 12	Sim
		Não
I.14.14	Seringas de 5 ml sem agulha	Sim
		Não
I.14.15	Ampolas de água destilada de 10 ml	Sim
		Não
I.14.16	Pacotes de gazes estéreis	Sim

		Não
I.14.17	Torpedo/cilindro de oxigênio de 1 m ³ , com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone	Sim
		Não
I.14.18	Maleta ou mala ou equivalente para armazenar os insumos de urgência	Sim
		Não
I.14.19	Caixa organizadora para armazenar os insumos de urgência	Sim
		Não
I.14.20	Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal	Sim
		Não
I.14.21	Oxímetro de pulso	Sim
		Não
I.14.22	Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU)	Sim
		Não
I.14.23	Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)	Sim
		Não
I.14.24	Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU)	Sim
		Não
I.14.25	Máscaras de nebulização adulta	Sim
		Não
I.14.26	Máscaras de nebulização pediátrica	Sim
		Não
I.14.27	Cateteres para oxigênio tipo óculos	Sim
		Não
I.14.28	Aparelho para nebulização	Sim
		Não
I.14.29	Medidores de pico de fluxo (Peak Flow) reutilizáveis	Sim
		Não
I.14.30	Colar cervical adulto	Sim
		Não
I.14.31	Colar cervical infantil	Sim
		Não
<i>Medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família/postos de saúde utilizados para o atendimento às urgências clínicas:</i>		
I.14.32	Ampolas de adrenalina/epinefrina	Sim
		Não
I.14.33	Ampolas de atropina	Sim
		Não
I.14.34	Frasco de hidrocortisona de 100 mg	Sim
		Não
I.14.35	Frasco de hidrocortisona de 500 mg	Sim
		Não
I.14.36	Ampolas de glicose 50%	Sim
		Não
I.14.37	Ampolas de soro fisiológico 0,9%	Sim
		Não

I.14.38	Frascos de soro fisiológico 0,9%	Sim
		Não
I.14.39	Frascos de soro glicosado 5%	Sim
		Não
I.14.40	Frascos/ampolas de prometazina	Sim
		Não
I.14.41	Ampolas de diazepam	Sim
		Não
I.14.42	Ampola de haloperidol	Sim
		Não
I.14.43	Frasco de ipratrópio	Sim
		Não
I.14.44	Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual ou injetável	Sim
		Não
I.14.45	Cartela de ácido acetilsalicílico	Sim
		Não
I.14.46	Comprimidos de tiamina	Sim
		Não
I.14.47	Medicamentos anti-hipertensivos	Sim
		Não
I.14.48	Medicamentos hipoglicemiantes	Sim
		Não
I.14.49	Medicamentos insulina	Sim
		Não
I.14.50	Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria unidade nos casos de pneumonia em crianças)	Sim
		Não
I.14.51	Analgésicos (enteral e/ou parenteral)	Sim
		Não
I.14.52	Antitérmicos (enteral e/ou parenteral)	Sim
		Não
I.14.53	Furosemida injetável	Sim
		Não
<i>Equipamento de proteção individual</i>		
I.14.54	Máscaras descartáveis	Sim
		Não
I.14.55	Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis	Sim
		Não
I.14.56	Óculos de proteção	Sim
		Não
I.14.57	Avental	Sim
		Não
I.15 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica		
I.15.1	A dispensação de medicamentos é realizada na unidade?	Sim
		Não
Relação de medicamentos:		

I.15.2	Possui Sais para Reidratação Oral em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.3 Medicamentos antiparasitários		
I.15.3.1	Albendazol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.3.2	Metronidazol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.3.3	Teclozana em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.3.4	Permetrina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.3.5	Ivermectina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.3.6	Espiramicina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4 Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais		
I.15.4.1	Sulfato ferroso em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.2	Ácido fólico em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.3	Palmitato de retinol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.4	Cloridrato de piridoxina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.5	Tiamina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.5 Medicamentos antiasmáticos		
I.15.5.1	Sulfato de salbutamol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.5.2	Brometo de ipratrópio em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.5.3	Dipropionato de beclometasona em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.5.4	Budesonida em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.5.5	Fosfato sódico prednisolona em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.5.6	Prednisona em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.6 Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais		
I.15.6.1	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.6.2	Etinilestradiol + levonorgestrel em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.6.3	Noretisterona em quantidade suficiente?	Sim

		Não
I.15.6.4	Acetato de medroxiprogesterona em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.6.5	Levonorgestrel em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.6.6	Estriol creme vaginal em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.6.7	Estrogênios conjugados em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7 Medicamentos anti-hipertensivos, medicamentos de ação cardiovascular e deslipidêmicos		
I.15.7.1	Captopril em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.2	Maleato de enalapril em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.3	Cloridrato de propranolol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.4	Atenolol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.5	Carvedilol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.6	Succinato de metoprolol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.7	Metildopa em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.8	Hidroclorotiazida em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.9	Losartana potássica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.10	Cloridrato de verapamil em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.11	Sinvastatina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.12	Besilato de anlodipino em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.13	Cloridrato de hidralazina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.14	Espironolactona em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.15	Furosemida em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.16	Cloridrato de amiodarona em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.17	Cloridrato de propafenona em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.7.18	Ácido acetilsalicílico em quantidade suficiente?	Sim

		Não
I.15.7.19	Digoxina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.8 Medicamentos antidiabéticos		
I.15.8.1	Glibenclamida em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.8.2	Cloridrato de Metformina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.8.3	Insulina NPH em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.8.4	Insulina regular em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9 Medicamentos antibióticos e antifúngicos		
I.15.9.1	Amoxicilina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.2	Cloridrato de ciprofloxacino em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.3	Benzilpenicilina benzatina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.4	Benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.5	Cefalexina (sódica ou cloridrato) em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.6	Amoxicilina + clavulanato de potássio em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.7	Cetoconazol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.8	Claritromicina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.9	Cloranfenicol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.10	Cloridrato de clindamicina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.11	Estearato de eritromicina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.12	Sulfato de gentamicina m quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.13	Nitrofurantoína em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.14	Sulfametoxazol + trimetoprima em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.15	Sulfadiazina comprimido em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.16	Cloridrato de tetraciclina em quantidade suficiente?	Sim
		Não

I.15.9.17	Fluconazol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.18	Itraconazol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.19	Nitrato de miconazol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.20	Nistatina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.9.21	Azitromicina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.10 Medicamentos analgésicos/antipiréticos		
I.15.10.1	Dipirona sódica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.10.2	Ibuprofeno em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.10.3	Paracetamol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.11 Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção de osteoporose		
I.15.11.1	Alendronato de sódio em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.11.2	Carbonato de cálcio + colecalciferol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.12 Medicamentos antiácidos/antieméticos/antissecretores		
I.15.12.1	Hidróxido de alumínio em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.12.2	Cloridrato de metoclopramida em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.12.3	Cloridrato de ranitidina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.12.4	Omeprazol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.13 Medicamentos antiparkinsoniano		
I.15.13.1	Carbidopa + levodopa em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.13.2	Cloridrato de benserazida + levodopa em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.14 Medicamentos tireodiano		
I.15.14.1	Levotiroxina sódica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.15 Medicamentos glaucomatoso		
I.15.15.1	Maleato de timolol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.16 Medicamentos fitoterápicos		
I.15.16.1	A unidade disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?	Sim
		Não

I.15.16.2	Planta "in natura" em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.16.3	Droga Vegetal (Planta seca) em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.16.4	Medicamento Fitoterápico manipulado em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.16.5	Medicamento Fitoterápico Industrializado em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17 Sobre Medicamento Fitoterápico Industrializado:		
I.15.17.1	Espinheira-santa em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.2	Guaco em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.3	Hortelã em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.4	Salgueiro em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.5	Babosa em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.6	Plantago em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.7	Alcachofra em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.8	Cáscara-sagrada em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.9	Aroeira em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.10	Garra-do-diabo em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.11	Isoflavona de soja em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.17.12	Unha-de-gato em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.18 Medicamentos Homeopáticos		
I.15.18.1	A unidade dispensa medicamentos homeopáticos?	Sim
		Não
I.15.19 Medicamentos anticonvulsivantes/antidepressivos/antipsicóticos/ansiolíticos e hipnosedativos		
I.15.19.1	Os medicamentos controlados são dispensados na unidade?	Sim
		Não
I.15.19.2	Cloridrato de biperideno em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.3	Haloperidol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.4	Diazepam em quantidade suficiente?	Sim
		Não

I.15.19.5	Cloridrato de fluoxetina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.6	Carbonato de lítio em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.7	Fenobarbital em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.8	Valproato de sódio ou ácido valproíco em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.9	Cloridrato de nortriptilina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.10	Fenitoína sódica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.11	Carbamazepina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.12	Cloridrato de clorpromazina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.13	Cloridrato de clomipramina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.14	Cloridrato de amitriptilina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.19.15	Clonazepam em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.20 Medicamentos para malária		
I.15.20.1	Primaquina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.20.2	Artemeter + lumefantrina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.20.3	Cloroquina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.20.4	Artesunato + Mefloquina em quantidade suficiente?	Sim
		Não

Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde

Para que o profissional da equipe responda a entrevista do Saúde Mais Perto de Você - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o mesmo. Este profissional deverá ser o **enfermeiro ou médico**, que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. No momento da avaliação externa se **enfermeiro ou médico** não estiver para responder a entrevista outro profissional de nível superior da equipe poderá ser entrevistado. No entanto, a equipe será prejudicada no componente da avaliação externa na Certificação do Programa. Por isso, é importante que seja combinado previamente a visita à UBS com a equipe de entrevistadores.

Nas questões que envolvem a verificação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação. No Anexo A consta a Lista de Documentos para comprovação das ações realizadas pela equipe.

As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:

- Registro da resposta específica;
- Registro da existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

II.1 - Identificação Geral		
II.1.1	Número do supervisor:	Número
II.1.2	Número do entrevistador:	Número
II.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
II.2.1	Endereço:	
II.2.2	Telefone(DDD)+ 8 dígitos	() - Não existe telefone
II.2.0 - Perfil do Profissional Entrevistado		
II.2.0.1	Qual profissional entrevistado?	Enfermeiro
		Médico
		Outro profissional de nível superior da equipe
II.2.0.2	A equipe possui o termo de compromisso de adesão ao PMAQ assinado pelo responsável da equipe?	Sim
		Não
II.2.0.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.2.0.3	Qual o seu tipo de vínculo?	Servidor público estatutário
		Cargo comissionado
		Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
		Contrato temporário por prestação de serviço
		Empregado público CLT
		Contrato CLT
		Autônomo
II.2.0.4	Qual o seu agente contratante?	Outro(s)
		Administração direta
		Consórcio intermunicipal de direito público
		Consórcio intermunicipal de

		direito privado
		Fundação pública de direito público
		Fundação pública de direito privado
		Organização social (OS)
		Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
		Entidade filantrópica
		Organização não governamental (ONG)
		Empresa
		Cooperativa
		Outro(s)
II.2.0.5	Qual foi o mecanismo de ingresso?	Concurso público
		Seleção pública
		Outro(s)
II.2.0.6	O(a) senhor(a) tem plano de carreira?	Sim
		Não
II.2.0.7	No plano, tem progressão por antiguidade?	Sim
		Não
II.2.0.8	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	Sim
		Não
II.2.0.9	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?	Sim
		Não
II.2.0.10	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	Sim
		Não
II.3 - Apoio Matricial para as equipes de AB		
II.3.1 - Geral	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim
		Não
II.3.2	Os profissionais que realizam o apoio matricial são:	Do NASF
		Do CAPS
		Da vigilância em saúde
		De especialistas da rede
		Dos hospitais
		Do Polo da Academia da Saúde
		De Centros especializados (reabilitação, idoso, obesidade e outros)
II.4 - Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e Qualificação das Ações Desenvolvidas		
II.4.1	No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:	Gestão municipal
		Gestão estadual
		Pela própria equipe/unidade de Saúde
		Por outras equipes/unidades de saúde
		Pela universidade
		Não recebi EP no ano anterior
II.4.2	Por que a equipe não participou de ações de educação permanente no último ano?	Gestão não organiza processos de EP
		Equipe não organiza processos de EP
		Gestão não apoia processos de EP

		Outros
II.4.3 - Geral	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano:	Telessaúde
		EAD/UNASUS
		RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
		Cursos presenciais
		Troca de experiência
		Tutoria/preceptoria
II.4.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Contemplam muito
		Contemplam
		Contemplam razoavelmente
		Contemplam pouco
		Não contemplam
II.4.5	Sobre a integração ensino serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de:	Estudantes de graduação
		Estudantes de nível técnico
		Residentes de medicina
		Residentes multiprofissional
		Pesquisadores
		Nenhuma das anteriores
II.5 - Telessaúde na Atenção Básica		
II.5.1	A sua equipe utiliza o Telessaúde?	Sim
		Não
II.5.2	Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde?	Problemas na infraestrutura (ex.: computador, sala inadequada)
		Problema de conectividade (ex.: falta de internet, internet lenta)
		Falta de tempo ou oportunidade para utilização do Programa
		Dificuldades com o uso do computador
		Ausência de qualificação no sistema/plataforma
		Dificuldade em acessar o sistema/plataforma
		Pouca divulgação do Programa
		A equipe não tem necessidade de acessar
		Baixa qualificação das respostas
Não existe Telessaúde implantado na UBS		
II.5.3	A equipe utiliza o telessaúde para:	Segunda opinião formativa
		Telediagnóstico
		Teleconsultoria
		Tele-educação
II.5.4	Essas ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Contemplam muito
		Contemplam
		Contemplam razoavelmente
		Contemplam pouco

		Não contemplam
II.5.5	A equipe utiliza o 0800 do telessaúde?	Sim
		Não
II.5.6	Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800?	Muito Bom
		Bom
		Razoável
		Ruim
		Muito Ruim
II.6 - Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica		
II.6.1	Existe definição da área de abrangência da equipe?	Sim
		Não
II.6.2 - Essencial	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (exemplo: áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?	Sim
		Não
II.6.2/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.6.3	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	Sim
		Não
II.6.4	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?	Todos os dias da semana
		Alguns dias da semana
		Raramente
		Nenhum dia da semana
II.6.5	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?	Sim
		Não
II.6.6	A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim
		Não
		Não sabe
II.6.7	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Pessoas
II.7 - Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde		
II.7.1	Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleos familiares?	Sim
		Não
II.7.1/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.7.2	Como são registradas as informações de saúde?	Fichas em papel
		Prontuário eletrônico (Estratégico)
II.7.3	Qual o tipo de prontuário eletrônico?	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB
		Prontuário eletrônico próprio
II.7.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.7.4	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP)?	Sim, para todos da equipe
		Sim, para alguns da equipe
		Não
II.7.5	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?	Sim, para todos da equipe
		Sim, para alguns da equipe
		Não
II.7.6	Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida?	Sim
		Não
II.7.7	Quais canais são utilizados?	Colegas de trabalho
		Materiais de apoio disponibilizados pelo Ministério

		da Saúde
		Gestão municipal
		Telessaúde
		Disque Saúde 136
		Outros
II.7.8	Sobre o registro clínico orientado a problemas (RCOP) e suas funcionalidades disponíveis no prontuário eletrônico, quais itens sua equipe utiliza?	Folha de Rosto
		Anotações SOAP - Subjetivo
		Anotações SOAP - Objetivo
		Anotações SOAP - Avaliação
		Anotações SOAP - Plano
		Lista de problemas
		Antecedentes
II.8 - Planejamento da Equipe e Apoio Institucional		
II.8.1 - Geral	A sua equipe realiza reunião de equipe?	Sim
		Não
II.8.2	Qual a periodicidade das reuniões?	Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Sem periodicidade definida
II.8.3 - Geral	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim
		Não
II.8.3/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.8.4	Qual a periodicidade?	Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Bimestral
		Trimestral
		Semestral
		Anual
II.8.5 - Geral	A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim
		Não
II.8.6	Os resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	Sim
		Não
		A equipe não participou dos ciclos anteriores
II.8.7 - AUTOAV ALIAÇÃO	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim
		Não
II.8.8	Qual o instrumento utilizado?	AMQ impresso
		AMQ eletrônico
		AMQ
		Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
		Instrumento desenvolvido pelo Estado
		Outros instrumentos de avaliação
II.8.8/1 - AUTOAV ALIAÇÃO	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

II.8.9 - Geral	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	Sim
		Não
II.8.10	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
II.8.11 - Geral	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?	Sim
		Não
II.9 - Organização da Agenda		
II.9.1	Quando o usuário precisa agendar uma consulta, qual (is) é(são) a(s) possibilidade(s)?	Presencialmente na unidade
		Por telefone
		Por redes sociais (Facebook, whatsapp, etc)
		Por site ou aplicativo específico para agendamento de consulta
II.9.2 - Geral	Em relação à demanda de cuidado continuado, como é realizada a marcação de consulta?	A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior.
		A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário
		A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)
		É solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio)
		No dia da consulta é preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento
II.9.3 - Geral	O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia?	Sim
		Não
II.9.4	A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?	Sim
		Não
II.10 - Acolhimento à Demanda Espontânea		
II.10.1 - Essencial	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim
		Não
II.10.2	Em quais turnos é realizado o acolhimento?	Manhã (Essencial)
		Tarde (Essencial)
		Noite
II.10.3	Quais dias da semana acontece?	Segunda (Essencial)
		Terça (Essencial)
		Quarta (Essencial)
		Quinta (Essencial)
		Sexta (Essencial)
		Sábado

		Domingo
II.10.4.1	Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?	O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha
		O usuário é atendido por ordem de chegada
		A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade (Geral)
		Nenhuma das anteriores
II.10.5.1	No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:	Atendimento de urgência (Estratégico)
		Renovação de receitas de medicamentos (Geral)
		Avaliação de risco e vulnerabilidade (Geral)
		Outros
II.10.6 - Estratégico	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	Sim
II.10.6/1 - Estratégico	Existe documento que comprove?	Sim
II.10.7	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
II.10.8	O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?	Sim
II.10.9 - Geral	A equipe oferece fácil acesso ao usuário para:	Buscar e mostrar resultados de exames
		Sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação
		Não dispõe dessas estratégias
II.10.10	A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?	Sim
II.11 - Oferta de Serviços		
II.11.1	A equipe coleta exames na unidade?	Sim
		Não
II.11.2	Quais exames são coletados/realizados na unidade?	Exames de sangue (Estratégico)
		Urina (Estratégico)
		Fezes (Estratégico)
		Eletrocardiograma (Estratégico)
		Nenhuma das anteriores
II.11.3.1	Quais dos seguintes procedimentos sua equipe realiza?	Drenagem de abscesso (Estratégico)
		Sutura de ferimentos (Estratégico)
		Retirada de pontos (Essencial)
		Lavagem de ouvido (Estratégico)
		Extração de unha (Estratégico)
		Nebulização/inalação (Essencial)
Curativos (Essencial)		

		Medicações injetáveis intramusculares (Essencial)
		Medicações injetáveis endovenosas (Estratégico)
		Inserção de DIU (Estratégico)
		Nenhuma das anteriores
II.11.4	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento drenagem de abscesso?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.5	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento sutura de ferimentos?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.6	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento retirada de pontos?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão

		Falta de capacitação/ treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.7	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento lavagem de ouvido?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/ treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.8	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento extração de unha?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/ treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.9	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento nebulização/inalação?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho

		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/ treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.10	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento curativos?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/ treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.11	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento medicações injetáveis intramusculares?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/ treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.12	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento medicações injetáveis endovenosas ?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)

		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.13	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento Inserção de DIU?	Infraestrutura inadequada
		Falta de materiais/insumos
		Falta de protocolos
		Falta de profissional (recursos humanos)
		Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		Sobrecarga de trabalho
		Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		Falta de capacitação/treinamento
		Falta de segurança para realizar o procedimento
		A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		Nenhuma das anteriores
II.11.14	A equipe dispõe de um documento orientador com as ações e os procedimentos ofertados ao usuário (ex: carteira de serviços)?	Sim
		Não
II.11.14/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.11.15	A equipe acompanha usuários que convivem com HIV/AIDS?	Sim
		Não
II.12 - Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde		
II.12.1 - Geral	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?	
II.12.1.1	ABO RH	Sim
		Não
II.12.1.1.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.1.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.2	Coombs indireto	Sim
		Não
II.12.1.2.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de	No município

	serviços de saúde?	Em outro município
II.12.1.2.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.3	Dosagem de hemoglobina e hematócrito	Sim
		Não
II.12.1.3.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.3.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.4	Glicemia de jejum	Sim
		Não
II.12.1.4.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.4.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.5	Tolerância à glicose (teste oral)	Sim
		Não
II.12.1.5.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.5.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.6	Sorologia para HIV	Sim
		Não
II.12.1.6.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.6.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.7	Sorologia para sífilis (VDRL)	Sim
		Não
II.12.1.7.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.7.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.8	Sorologia para hepatite B	Sim
		Não
II.12.1.8.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.8.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.9	Sorológico para toxoplasmose	Sim
		Não
II.12.1.9.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.9.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.10	Exame de ultrassonografia obstétrica	Sim
		Não
II.12.1.10.	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de	No município

1	serviços de saúde?	Em outro município
II.12.1.10. 1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.11	Sumário de urina (urina tipo I)	Sim
		Não
II.12.1.11. 1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.11. 1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.12	Urocultura	Sim
		Não
II.12.1.12. 1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.1.12. 1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.1.13	Nenhuma das anteriores	Sim
		Não
II.12.2 - Geral Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.1	Baciloscopia para tuberculose	Sim
		Não
II.12.2.1.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.1.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.2	Baciloscopia para hanseníase	Sim
		Não
II.12.2.2.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.2.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.3	Glicemia de jejum	Sim
		Não
II.12.2.3.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.3.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.4	Creatinina	Sim
		Não
II.12.2.4.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.4.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.5	Ecocardiograma	Sim
		Não
II.12.2.5.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de	No município

	serviços de saúde?	Em outro município
II.12.2.5.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.6	Eletrocardiograma	Sim
		Não
II.12.2.6.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.6.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.7	Hemoglobina glicosilada	Sim
		Não
II.12.2.7.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.7.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.8	Mamografia	Sim
		Não
II.12.2.8.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.8.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.9	Perfil lipídico	Sim
		Não
II.12.2.9.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.9.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.10	Radiografia de tórax (tuberculose)	Sim
		Não
II.12.2.10.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.10.1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.11	Teste de Sensibilidade (Antibiograma)	Sim
		Não
II.12.2.11.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	No município
		Em outro município
II.12.2.11.1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	Sim
		Não
II.12.2.12	Nenhuma das anteriores	Sim
		Não
II.12.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?	Sim
		Não
II.12.3.1	Qual é o fluxo institucional de comunicação?	Reuniões técnicas com os especialistas da rede
		Teleconferência

		Telessaúde
		Prontuário eletrônico
		Comunicação eletrônica (e-mail, whatsapp, etc)
		Ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta
		Contato telefônico
II.12.4	Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	Sempre
		Algumas vezes
		Nunca
II.12.5	Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?	Sempre
		Algumas vezes
		Nunca
II.12.6.1	Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos:	Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama
		Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero
		Parto (maternidade)
		Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)
		Outros
		Nenhuma das anteriores
II.12.7 - Geral	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?	Sim
		Não
II.12.8	Quais centrais de marcação disponíveis?	Marcação de consulta especializada
		Marcação de exames
		Marcação de leitos
		Nenhuma das anteriores
II.12.9 - Geral	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário
		A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário
		A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas
		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe

		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado
		Não há percurso definido
II.13 - Planejamento Familiar		
II.13.1	A equipe realiza ações de planejamento familiar?	Sim
		Não
II.13.2	Para qual público alvo a equipe realiza ações de planejamento familiar:	Mulheres em idade reprodutiva
		Mulheres durante o pré-natal
		Mulheres no puerpério
		Homens
		Casais
II.14 - Câncer de Colo do Útero e da Mama		
II.14.1 - Essencial	A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Sim
		Não
II.14.1/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.14.2 - Geral	A equipe possui registro do número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Sim
		Não
II.14.2/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.14.3	A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim
		Não
II.14.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.14.4	A equipe possui o registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim
		Não
II.14.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.14.5 - Geral	A equipe utiliza protocolos para identificação precoce/rastreamento voltados para:	Câncer do colo do útero
		Câncer de mama
		Nenhuma das anteriores
II.14.6 - Geral	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:	Citopatológico alterado
		Citopatológico atrasado
		Exames (USG mamária e Mamografia) de mama alterado
		Nenhuma das anteriores
II.14.7	A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim
		Não
II.14.8	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?	Sim
		Não
II.14.9	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?	Sim
		Não
II.15 - Atenção ao Pré-natal e Puerpério		

II.15.1 - Essencial	A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim
		Não
II.15.1/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.15.2 - Geral	A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	Sim
		Não
II.15.3	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?	Sim
		Não
II.15.4	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim
		Não
II.15.5	A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim
		Não
II.15.6 - Geral	A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?	Sim
		Não
II.15.7	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	Sim
		Não
II.15.8	Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	Sim
		Não
II.15.9	No acompanhamento da gestante há registro de:	Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante
		Consulta odontológica da gestante
		Vacinação em dia da gestante
		Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
		Nenhuma das anteriores
II.15.10	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	Sim
		Não
II.15.11 - Geral	É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe?	Sim
		Não
II.15.12	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto?	Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher
		Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde
		Consulta em horário especial em qualquer dia da semana
		Nenhuma das anteriores
II.15.13 - Geral	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	Sim
		Não
II.16 - Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida		
II.16.1 - Geral	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim
		Não
II.16.2	A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	Sim
		Não
II.16.3	A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até	Sim

	dois anos do território?	Não
II.16.4	A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	Sim
		Não
II.16.5	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	Sim
		Não
II.16.6	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	Vacinação em dia
		Crescimento e desenvolvimento
		Estado nutricional
		Teste do pezinho
		Violência familiar
		Acidentes
		Nenhuma das anteriores
II.16.7 - Geral	A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim
		Não
II.16.8 - Geral	A equipe realiza busca ativa das crianças: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	Prematuras
		Com baixo peso
		Com consulta de puericultura atrasada
		Com calendário vacinal atrasado
		Outros
		Não realiza busca ativa das crianças.
II.16.9	A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	Sim
		Não
II.16.10	A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	Sim
		Não
II.16.11	A equipe conhece e cumpre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (Lei 11.265 de 2006 e Decreto 8.552 de 2015)	Sim
		Não
II.17 - Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica		
II.17.1 - Essencial	A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão?	Sim
		Não
II.17.2	Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde?	Dias
II.17.3 - Geral	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	Sim
		Não
II.17.4	A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	Sim
		Não
II.17.5	A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	Sim
		Não
II.17.6	A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?	Sim
		Não
II.17.7 - Geral	A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do	Sim
		Não

	cuidado?		
II.17.8 - Geral	A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	Sim	
		Não	
II.17.8/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.17.9	A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	Sim	
		Não	
II.17.10	A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	Sim	
		Não	
II.17.10/1	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.18 - Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus			
II.18.1 - Essencial	A equipe realiza consulta para pessoas com diabetes?	Sim	
		Não	
II.18.2	Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com Diabetes mellitus na unidade de saúde?	Dias	
II.18.3 - Geral	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?	Sim	
		Não	
II.18.4 - Geral	A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	Sim	
		Não	
II.18.4/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.18.5	A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus?	Sim	
		Não	
II.18.6	A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	Sim	
		Não	
II.18.7	A equipe possui o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	Sim	
		Não	
II.18.7/1	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.18.8 - Geral	A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	Sim	
		Não	
II.18.9 - Geral	A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	Sim	
		Não	
II.18.10 - Geral	A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?	Sim	
		Não	
II.19 - Atenção à Pessoa com Obesidade			
II.19.1 - Geral	A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	Sim	
		Não	
II.19.2	Após a identificação de usuário com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	Sim	
		Não	
II.19.3	Quais dessas ações a equipe realiza?	Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	
		Oferta ações voltadas à	

		atividade física
		Oferta ações voltadas à alimentação saudável
		Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS
		Encaminha para serviço especializado
		Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso
		Nenhuma das anteriores
II.20 - Atenção à Pessoa com Tuberculose		
II.20.1	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários de tuberculose?	Sim
		Não
II.20.2	Quando há usuário diagnosticado com Tuberculose a equipe:	Realiza consulta deste usuário nesta UBS
		Encaminha o usuário para unidade de referência
II.20.3	Qual a disponibilidade de oferta de consulta para pessoas com tuberculose?	Diariamente
		Entre duas a quatro vezes na semana
		Menos de duas vezes na semana
II.20.4 - Geral	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?	Sim
		Não
II.20.5 - Geral	A equipe realiza a notificação de casos de tuberculose na unidade?	Sim
		Não
II.20.5/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.20.6	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado do usuário?	Sim
		Não
II.20.7 - Geral	A equipe realiza busca ativa para os seguintes casos:	Sintomático respiratório
		Pessoas contatos de tuberculose
		Faltosos do tratamento (até o período de 29 dias)
		Abandono de tratamento (após o período de 30 dias)
		Não realiza busca ativa
II.21 - Atenção à Pessoa com Hanseníase		
II.21.1	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	Sim
		Não
II.21.2	Quando há usuário diagnosticado com Hanseníase a equipe:	Realiza consulta deste usuário nesta UBS
		Encaminha o usuário para unidade de referência
II.21.3 - Geral	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?	Sim
		Não
II.21.4	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?	Sim
		Não

II.21.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.21.5 - Geral	A equipe realiza notificação de casos de hanseníase na unidade?	Sim
		Não
II.21.6	A equipe faz acompanhamento dos usuários encaminhados para serviços de saúde de referência?	Sim
		Não
II.21.7 - Geral	A equipe realiza busca ativa para os seguintes casos:	Sintomático (lesões na pele)
		Pessoas contatos de hanseníase
		Faltosos do tratamento
		Abandono de tratamento
		Não realiza busca ativa
II.22 - Ações de Combate e de Atenção às Doenças Transmitidas pelo Aedes aegypti		
II.22.1	No último ano foi realizada alguma ação para combate ao Aedes aegypti no território?	Sim
		Não
II.22.2 - Geral	Quais das seguintes ações a equipe realizou?	Ações para a localização dos criadouros dos mosquitos
		Eliminação dos criadouros dos mosquitos
		Comunicação e mobilização da população e ações educativas (conscientização, informação, ações educativas)
II.22.3	Em qual desses locais a equipe realizou essas ações?	Nas casas das famílias de responsabilidade da equipe
		Nas escolas do território
		Nos equipamentos sociais do território (estabelecimentos comerciais, igrejas, etc)
		Em terrenos abandonados
		Nenhuma das anteriores
II.22.4	As ações educativas abordam quais temas?	Como eliminar os criadouros existentes do mosquito
		Como fazer o armazenamento de água potável evitando novos focos
		Como fazer o acondicionamento de lixo evitando novos focos
		Como realizar a limpeza e manutenção das áreas sob sua responsabilidade
		Orientação sobre os sintomas e sinais de alarme das doenças
		Nenhuma das anteriores
II.22.5	A equipe realiza ações de combate ao Aedes aegypti junto à equipe de Vigilância?	Sim
		Não
II.22.6	O ACS realiza ação química para o combate ao vetor?	Sim
		Não
II.22.7 - Geral	A equipe identifica as áreas de maior risco de transmissão vetorial no território?	Sim
		Não

II.22.7/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.22.8	A gestão municipal ofertou para equipe?	Protocolo clínico da Dengue, Zika, Febre Chikungunya
		Protocolo clínico de Febre Amarela
		Material com a definição do fluxo assistencial na rede
		Atualização voltada ao manejo clínico do paciente
		Capacitação voltada à realização de ação de educação em saúde para população
		Materiais educativos para ofertar à população
		Atualização no combate vetorial ao <i>Aedes aegypti</i>
		Capacitação para o atendimento dos casos suspeitos de Dengue, Zika vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela
		Cartilha do ACS ou outro material relacionado as ações do ACS no combate ao vetor
	Nenhuma das anteriores	
II.22.9 - Geral	A equipe realiza classificação de risco dos pacientes que chegam com suspeita de Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela, conforme os fluxogramas estabelecidos?	Sim
		Não
II.22.10 - Geral	A equipe inicia a hidratação oral nos pacientes com suspeita de dengue enquanto este aguarda atendimento na UBS ?	Sim
		Não
II.22.11	A equipe realiza a hidratação venosa nos pacientes com suspeita de dengue na unidade, quando necessário?	Sim
		Não
II.22.12	A equipe solicita o hemograma com contagem de plaquetas para o paciente com suspeita de Dengue, de acordo com o protocolo de manejo clínico?	Sim
		Não
II.23 - Atenção a Pessoa em Sofrimento Psíquico		
II.23.1	A equipe realiza consulta para:	Usuários em sofrimento psíquico (Geral)
		Usuários de crack, álcool e outras drogas (Geral)
		Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor (Geral)
		Não realiza esse tipo de consulta
II.23.2	A equipe possui registro dos usuários do território:	Usuários em sofrimento psíquico
		Usuários de crack, álcool e outras drogas
		Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes,

		anti-depressivos, estabilizadores de humor
		Não realiza registro desses usuários
II.23.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.23.3	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?	Consulta específica com tempo maior
		Registro da história de vida
		Oferta de algum tipo de atendimento em grupo
		Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)
		Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos
II.23.4	A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:	Usuário em sofrimento psíquico
		Usuário de crack, álcool e outras drogas
		Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor
		Não realiza registro desses usuários
II.23.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.24 - Atenção à Pessoa com Deficiência		
II.24.1	A equipe possui registro do número dos casos de pessoas com deficiência?	Sim
		Não
II.24.1/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.24.2	A equipe possui o registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços?	Sim
		Não
II.24.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.24.3	Com quais serviços a equipe conta para o acompanhamento das pessoas com deficiência	NASF
		CER (Centro Especializado de Reabilitação)
		Outros serviços
		Não conta com serviço/equipe de apoio
II.25 - Visita Domiciliar		
II.25.1	Existe ACS na equipe?	Sim
		Não
II.25.2	Existe população descoberta de ACS?	Sim
		Não
II.25.3 - Geral	A Secretaria Municipal de Saúde fornece normas para o desenvolvimento do trabalho dos ACS?	Sim
		Não

II.25.4 - Geral	As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	Sim
		Não
II.26 Promoção à Saúde		
II.26.1	A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	Sim
		Não
II.26.2	II.26.2 - Quais as ações de promoção à saúde são desenvolvidas:	Ações de apoio ao autocuidado (Geral)
		Promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos (Geral)
		Promoção do Desenvolvimento Sustentável (Geral)
		Mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade (Geral)
		Articulação intersetorial com outros serviços públicos (Geral)
		Organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território (Geral)
		Nenhuma das anteriores
II.26.3	A equipe utiliza o novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde?	Sim
		Não
II.26.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.27 - Programa Academia da Saúde		
II.27.1	A equipe sabe se existe o Programa Academia da Saúde no município?	Sim
		Não
II.27.2	A equipe sabe se existe polo do Programa Academia da Saúde no seu território?	Sim
		Não
II.27.3 - Geral	A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do polo do Programa Academia da Saúde?	Sim
		Não
II.27.4	Quais dessas ações são desenvolvidas?	Planejamento das ações
		Discussão de casos
		Práticas artísticas e culturais (dança, teatro e outros)
		Práticas corporais e Atividade Física
		Construção de projetos terapêuticos
		Participação no Grupo de Apoio à Gestão do Polo
		Encaminhamento de usuários para as atividades do polo
		Mobilização da comunidade para participar das ações do programa
Nenhuma das anteriores		

II.28 - Atividades na Escola e Programa Saúde na Escola		
II.28.1	A equipe sabe se existe o Programa Saúde na Escola no município?	Sim
		Não
II.28.2	A equipe participa do Programa Saúde na Escola?	Sim
		Não
II.28.3	É realizado planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização das ações na escola?	Sim
		Não
II.28.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.28.4	Quais são as estratégias e instrumentos utilizados para monitorar as ações planejadas?	Realização de reuniões conjuntas entre equipe de saúde e equipe das escolas
		Realização do levantamento do número de escolares atendidos na UBS
		Utilização das informações registradas no e-SUS
		Utilização das informações contidas no FORM-SUS
		Não monitora as ações
II.28.5	Qual a principal forma que a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes?	Realiza diagnóstico das condições de saúde dos escolares
		Comunica à escola os casos alterados e faz recomendações para auxiliar no cuidado com o educando
		Discute casos com os profissionais da escola
		Problematiza com a escola questões de vulnerabilidade à saúde do educando a partir das situações de risco detectadas
		Envolve a família e a escola no cuidado com o educando
		Realiza outras ações
II.29 - Práticas Integrativas e Complementares		
II.29.1 - Geral	A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários do território?	Sim
		Não
II.29.2	Quais serviços de práticas integrativas e complementares que não estão PNPIC são oferecidos?	Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia
		Reiki
		Yoga
		Ayurveda
		Florais
		Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia
		Shantala
		Talassoterapia
		Biodança

		Musicoterapia
		Dança circular
		Naturopatia
		Terapia comunitária
		Terapia com Argila
		Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)
		Arteterapia
		Osteopatia
		Quiropraxia
		Aromaterapia Meditação (Mindfulness) Bioenergética
II.29.3	A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando:	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos
		Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica
		A equipe não realiza atividades de educação em saúde
		Nenhuma das anteriores
II.29.4	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?	Sim
		Não
II.29.5	Os profissionais tem o apoio da gestão para realizar as PICs, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?	Sim
		Não
II.29.6	A equipe utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICs?	Sim
		Não
II.30 - Programa Bolsa-Família		
II.30.1	A equipe identifica famílias elegíveis e encaminha para cadastramento no Programa Bolsa Família?	Sim
		Não
II.30.2	A equipe registra os dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família?	Sim
		Não
II.31 - População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais		
II.31.1	A sua equipe realiza atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais?	Sim
		Não
		Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe
II.31.2	Qual(is) a(s) população(ões) que existe(m) no território?	Quilombolas
		Indígenas
		Pescadores
		Ribeirinhos
		Assentados da reforma agrária
		População rural

		Caboclos
		Caiçaras
		Extrativistas
		Acampados sem terra
		Ciganos
		Nenhuma das anteriores
II.31.3 - Geral	Existe transporte disponível para a equipe a fim de viabilizar o atendimento a essa população?	Sim
		Não
II.31.4	A equipe realiza acompanhamento dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?	Sim
		Não
II.31.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.32 - Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário		
II.32.1	A equipe realiza avaliação de satisfação do usuário?	Sim
		Não
II.32.2 - Geral	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço da UBS?	Sim
		Não
II.32.2/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.32.3	Quais são os canais de comunicação disponibilizados?	Comunicação direta com a equipe
		Comunicação direta com a gestão municipal
II.32.4	A equipe discute internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários?	Sim
		Não
II.32.5 - Geral	Há Conselho Local de Saúde na unidade de saúde ou outros espaços de participação popular?	Sim
		Não
II.32.5/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
NASF		
<i>Só responde os blocos seguintes se responder SIM na questão II.3.2.1, caso contrário, finalizar o questionário</i>		
II.33 - Adequação da composição das equipes às necessidades do território		
NII.33.1	A gestão municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?	Sim
		Não
		Não sabe
NII.33.2	Sobre a composição do NASF:	A composição da equipe do NASF, de acordo com as categorias profissionais presentes, contempla as necessidades do território
		A carga horária dos profissionais do NASF está dimensionada de modo que atenda a demanda local
		Considerando as necessidades do território, outro profissional deveria compor a equipe NASF

		Nenhuma das anteriores
II.34 - Acesso das equipes ao NASF		
NII.34.1	Diante de uma situação na qual sua equipe sente necessidade de apoio, qual(is) é(são) a(s) forma(s) mais frequente(s) de acionar/solicitar apoio do NASF?	Encaminhamentos por escrito
		Discussão de casos
		Consultas compartilhadas
		Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
		Contato por e-mail e telefone
NII.34.2	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Até 1 dia
		De 2 e 7 dias
		De 8 e 15 dias
		De 16 a 30 dias
		Acima de 30 dias
NII.34.3	Você considera que o NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado?	Sempre
		Na maioria das vezes
		As vezes
		Raramente
		Nunca
NII.34.4	O planejamento e organização do cronograma de ações do NASF é realizado de forma conjunta com a sua equipe?	Sim
		Não
NII.34.5	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?	Sim
		Não
NII.34.6	Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares com sua equipe?	Sim
		Não
		Não sabe/Não respondeu
NII.34.7	Sua equipe e o NASF pactuaram critérios que orientem quais situações devem ser atendidas pelo NASF e quais são encaminhadas para outros pontos de atenção?	Sim
		Não
		Não sabe/Não respondeu
NII.34.8	Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas (que estão fora do cronograma ou que envolvem algum tipo de urgência)?	Sim
		Não
		Não sabe/Não respondeu
NII.34.9	Nas situações imprevistas, sua equipe consegue o apoio do NASF?	Sim
		Não
II.35 - Articulação entre eSF e NASF		
NII. 35.1	Nos encontros entre sua equipe e o NASF, acontecem ou são pactuadas quais das seguintes atividades?	Discussão de casos
		Organização da demanda para atendimentos individuais
		Organização da demanda para atendimentos domiciliares
		Consultas compartilhadas entre profissionais da equipe do NASF com eSF
		Consultas compartilhadas entre os profissionais da equipe do NASF
		Atividades de educação em saúde

		Grupos terapêuticos
		Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular para casos complexos
		Educação permanente com as ESF
		Discussões sobre o processo de trabalho da ESF
		Ações de vigilância em saúde
		Ações/reuniões com outros serviços de saúde (ex: CAPS, policlínicas ...)
		Ações/reuniões com outros setores (ex: CRAS, CREAS, escola, etc)
		Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas
		Definição de critérios de acesso, priorização de casos, atribuições de cada profissional
		Análise das solicitações de apoio, identificando as principais demandas
		Análise de casos concluídos e em atendimento pelo NASF
		Monitoramento dos resultados alcançados
		Participação em Reuniões dos Conselhos de Saúde ou outros espaços de controle social
NII.35.2	Qual a periodicidade dos encontros dos profissionais do NASF com sua equipe?	Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Acima de 30 de dias
		Sem periodicidade definida
II.36 Qualificação do cuidado da AB a partir da integração com o NASF		
NII.36.1	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui a sua própria equipe no que se refere à disponibilidade em trabalhar de modo compartilhado com o NASF?	0
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
		10
NII.36.2	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações:	
NII 36.2	Resolver as necessidades dos usuários	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Redução da fila de espera para a atenção especializada	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Qualificação dos encaminhamentos realizados	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e NASF, de situações simples para complexas ou diversificadas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Melhoria dos indicadores de saúde da população do território	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Ampliação do acesso da população	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NII.36.3	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?	0
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
10		

Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde

Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. O questionário será aplicado para quatro usuários por equipe, presentes na unidade no dia da avaliação externa. Para entrevista com os usuários, o entrevistador deverá selecionar aqueles que não passaram por consulta com médico, enfermeiro no dia da entrevista.

Os blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, hipertensão, diabetes) serão aplicados de acordo com o perfil do usuário. Aplicar os critérios de exclusão: não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até a unidade de saúde; não continuar a entrevista se fizer mais de 12 MESES que o usuário vem até a unidade de saúde; e não realizar a entrevista se o usuário tiver idade MENOR DE 18 ANOS.

III.1 Identificação Geral			
III.1.1	Número do supervisor:		Número
III.1.2	Número do entrevistador:		Número
III.2 Identificação da Unidade de Saúde			
III.2.1	Coordenadas GPS:		Latitude
			Longitude
			Não foi possível obter as coordenadas
III.2.2	Endereço:		
III.2.3	Telefone:		() ____ - ____
			Não existe telefone
III.3 Identificação do Usuário			
III.3.1	Sexo		Masculino
			Feminino
III.3.2	Qual é a idade do(a) senhor(a)?		Anos completos
III.3.3	Qual seu estado civil?		Solteiro(a)
			Casado(a) ou união estável
			Divorciado(a), desquitado(a) ou separado(a) judicialmente
			Viúvo(a)
III.3.4	Entre as opções que vou ler, qual cor de pele/raça você considera como sendo a sua?		Branca
			Preta
			Amarela
			Parda/mestiça
			Indígena
III.3.5	Até que série o(a) senhor(a) estudou?		Ignorada
			Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
			É alfabetizado (sabe ler e escrever)
			Ensino fundamental incompleto
			Ensino fundamental completo
			Ensino médio incompleto
			Ensino médio completo
			Ensino superior incompleto
III.3.6	Qual sua renda familiar?		Ensino superior completo
			Pós-graduação
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.7	Quantas pessoas, contando com o(a) senhor(a), vivem/moram na sua casa?		Valor em reais
			Não sabe/não respondeu
III.3.7			Quantidade
			Não sabe/não respondeu
III.4 Acesso à Unidade de Saúde			
III.4.1	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde?		Quantidade de minutos
			Não sabe, não respondeu
III.4.2	O horário de funcionamento da unidade é informado?		Sim
			Não
			Não sabe, não respondeu
III.4.3	A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?		Sim
			Não
			Não sabe, não respondeu

III.4.4	Entre as opções que vou ler, responda em quais os períodos esta unidade de saúde funciona:	Manhã
		Tarde
		Noite
		Sábados
III.4.5	O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?	Sim
		Não
		Às vezes
		Não sabe/não respondeu
III.4.6	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que esta unidade básica de saúde/posto de saúde atendesse:	Mais cedo do que o horário que costuma abrir
		À tarde até às 18 horas
		À noite
		No horário de almoço
		Aos sábados
		Aos domingos
		24 horas
		Não tenho sugestões, pois estou satisfeito com o horário de funcionamento dessa UBS
III.5 Acesso ao atendimento		
III.5.1	Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?	Esta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
		Outra Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
		Hospital Público
		Pronto Atendimento 24 horas (UPA) ou outro Pronto Socorro 24h do SUS
		Policlínica do SUS
		Hospital particular com convênio com o SUS
		Clínica/consultório Particular com plano de saúde
		Clínica/consultório Particular sem plano de saúde
		Hospital Particular com plano de saúde
		Hospital Particular sem plano de saúde
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
III.5.2	Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde:	Consultas agendadas
		Consultas não agendadas (ex. solicitação de atestado, exames e encaminhamentos, renovação de receita)
		Atendimento de urgência
		Busca de medicamentos
		Vacinação
		Atendimento odontológico
III.5.3	O(A) senhor(a) realizou alguma consulta nesta unidade básica de saúde/posto de saúde nos últimos 12 meses?	Nenhuma das anteriores
		Sim
		Não
III.5.4	Em relação ao Programa Bolsa Família, sua família:	Não sabe/não respondeu
		Participa do programa
		Não participa do programa
		Já participou

			Não sabe/não respondeu
III.5.5	Por qual(ais) motivo(s) não participa?		Porque o cadastro está desatualizado e consta que a família não recebe o auxílio
			Porque a família saiu do critério do programa
			Não comprovou as condicionalidades
			Outro(s)
III.5.6	Vocês recebem atendimento dos profissionais de saúde para acompanhamento das exigências do programa Bolsa Família (vacinação, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.5.7	Vocês encontraram dificuldades para ter este atendimento?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.5.8	Vocês encontraram dificuldades para qual tipo de atendimento?		Na vacinação
			No pré-natal
			No acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil
			No acompanhamento da mulher
			No tratamento odontológico
III.6 Acesso ao Serviços de Saúde: Marcação de Consulta			
III.6.1	Na maioria das vezes, como é marcada consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde?		Marca por telefone
			Marca pela internet
			Vai à unidade e marca o atendimento
			O agente comunitário de saúde marca a consulta
			Esta unidade básica de saúde/posto de saúde não realiza marcação de consulta
			Outro (s)
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6.2	A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6.3	Como o(a) senhor(a) avalia essa forma de marcação de consulta?		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu
III.6.4	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.6.5	Na maioria das vezes, suas consultas nesta unidade são:		Com hora marcada
			Por ordem de chegada após agendamento (ex. marcam mais de um paciente para o mesmo horário ou marcam todos para o turno da manhã)

			Por ordem de chegada sem agendamento, tipo encaixe
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
III.6.6	Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o médico nesta unidade?		Tempo em dias
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6.7	Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o enfermeiro nesta unidade?		Tempo em dias
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6.8	Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o dentista nesta unidade?		Tempo em dias
			Não tem Equipe de Saúde Bucal
			Nunca procurei esse serviço
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6.9	Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?		Sim
			Não
			Nunca precisou ir à Unidade sem hora marcada
			Não sabe/não respondeu
III.6.10	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que as consultas fossem:		Com hora marcada
			Por ordem de chegada após agendamento (ex. marcam mais de um paciente para o mesmo horário ou marcam todos para o turno da manhã)
			Por ordem de chegada sem agendamento, tipo encaixe
			Estou satisfeito(a), não há necessidade de mudanças
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
III.7 Acesso ao Serviços de Saúde: Demanda Espontânea e Urgências			
III.7.1	Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?		Sim
			Não
			Não teve problema de urgência
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.2	Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?		Porque precisa chegar cedo, pois o atendimento é por ordem de chegada
			Porque não atende urgência
			Porque não tinha profissional na UBS
			Porque a UBS estava fechada no momento
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.3	Qual serviço o senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?		Outra Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
			Hospital Público
			Pronto Atendimento 24 horas (UPA) ou outro Pronto Socorro 24h do SUS
			Policlínica do SUS
			Hospital particular com convênio com o SUS

		Clínica/consultório Particular com plano de saúde
		Clínica/consultório Particular sem plano de saúde
		Hospital Particular com plano de saúde
		Hospital Particular sem plano de saúde
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.4	O(A) senhor(a) conseguiu atendimento nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.7.5	Por que motivo não conseguiu atendimento na Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?	Porque precisa chegar cedo, pois o atendimento é por ordem de chegada
		Porque não atende urgência
		Porque não tinha profissional na UBS
		Porque a UBS estava fechada no momento
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.6	Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?	Tempo em minutos
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.7	O que o(a) senhor(a) achou deste atendimento?	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
III.7.8	O senhor já precisou fazer algum destes atendimentos nesta unidade de saúde:	Retirar abscesso (furúnculo)
		O senhor conseguiu fazer este atendimento nesta unidade de saúde?
		Extraír uma unha
		O senhor conseguiu fazer este atendimento nesta unidade de saúde?
		Retirar "corpo estranho" do ouvido
		O senhor conseguiu fazer este atendimento nesta unidade de saúde?
		Fazer sutura (dar pontos)
		O senhor conseguiu fazer este atendimento nesta unidade de saúde?
		Fazer curativo novo
		O senhor conseguiu fazer este atendimento nesta unidade de saúde?
		Extraír (retirar) dente
		O senhor conseguiu fazer este atendimento nesta unidade de saúde?
		Não precisei fazer nenhum destes atendimentos.
III.7.9	Quando o(a) senhor(a) precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, o(a) senhor(a) tem acesso em qualquer horário do funcionamento da UBS?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

III.8 Utilização: Qualidade nas Consultas, Vínculo, Atividades Coletivas		
III.8.1	Quando o(a) senhor(a) tem consulta marcada, em geral, quanto tempo espera entre a chegada na unidade e o atendimento?	Tempo em minutos
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.8.2	Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe:	Examinam seu corpo (ex: perna, barriga, garganta, etc)?
		São claros em suas orientações e explicações?
		Demonstram atenção enquanto o(a) senhor(a) fala?
		Respeitam o(a) senhor(a)
III.8.3	Além da sua queixa, os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (por exemplo: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu
III.8.4	Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?	Na própria UBS
		Em outro lugar de forma gratuita
		Paga pelo remédio
		Não sabe/não respondeu
III.8.5	Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes?	Na própria UBS
		Em outro lugar de forma gratuita
		Paga pelo exame
		Não sabe/não respondeu
III.8.6	Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou tirar dúvidas com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?	Sim
		Não
		Às vezes
		Nunca precisou
		Não sabe/não respondeu
III.8.7	Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou buscar ou mostrar resultados de exames com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?	Sim
		Não
		Às vezes
		Nunca precisou
		Não sabe/não respondeu
III.8.8	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?	Sim
		Não
		Às vezes
		Nunca faltou aos atendimentos
		Não sabe/não respondeu
III.8.9	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não
		Nunca fui atendido por este profissional

		Não sabe/não respondeu
III.8.10	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não
		Nunca fui atendido por este profissional
		Não sabe/não respondeu
III.8.11	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) cirurgião-dentista deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não
		Nunca fui atendido por este profissional
		Esta unidade não possui equipe de saúde bucal
III.8.12	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) médico(a)?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu
III.8.13	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) enfermeiro(a)?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu
III.8.14	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) cirurgião(ã)-dentista?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu
III.8.15	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não precisou tirar dúvidas
III.8.16	As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?	Não sabe/não respondeu
		Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.8.17	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.8.18	O(A) senhor(a) participa de atividades de promoção da saúde ofertadas pela equipe desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, como, por exemplo, atividades físicas, atividades em grupos, atividades na comunidade, eventos?	Sim
		Não
III.8.19	Por que não participa?	Não sabe/não respondeu
		Horário incompatível

		As atividades não interessam
		A equipe não faz essas atividades
		Não sabe se a equipe faz essas atividades, não há divulgação
		Nenhuma das anteriores
III.8.20	O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
III.9 Utilização – Coordenação do cuidado		
III.9.1	Os profissionais desta unidade de saúde já precisaram encaminhar o(a) senhor(a) para outros serviços (ex. especialistas, exames)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.9.2	Quando o(a) senhor(a) precisou ser encaminhado(a) para outros serviços, como a consulta foi marcada?	Pela unidade básica de saúde e informada na hora
		Pela unidade básica de saúde e informada depois
		Tem que ligar ou ir a central de marcação de consultas especializadas
		Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço por conta própria
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.9.3	Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10 Visita Domiciliar		
III.10.1	O(A) senhor(a) recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na sua casa?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.10.2	Por qual motivo não recebe visita do ACS?	Não sabe se tem ACS no seu bairro ou na unidade básica de saúde/posto de saúde
		Não há ACS no bairro ou na unidade básica de saúde/posto de saúde
		Tem ACS no bairro ou na unidade básica de saúde/posto de saúde, mas ele não visita sua casa
		Durante o horário de trabalho do ACS não tem ninguém em casa
		Não aceita a visita do ACS
		Nenhuma das anteriores
		Não sabe/não respondeu
III.10.3	Durante a visita o ACS:	Pergunta sobre os problemas de saúde da família

			Orienta ações de cuidado e prevenção de doenças
			Informa as ações da Unidade Básica de Saúde/posto de saúde próximo da sua casa
			Entrega documentos como por exemplo marcação de consultas e exames
			Realiza ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>
			Nenhuma das anteriores
III.10.4	Na sua casa tem alguém com dificuldade de locomoção e que necessita de atendimento no domicílio?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.10.5	Esta pessoa com dificuldade de locomoção recebe a visita de profissionais desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde para realização de consultas (médico, enfermeiro) em sua casa?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.10.6	Esta pessoa recebe a visita de profissionais desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde para realização de procedimentos (curativos, coleta de sangue, vacinas e outros) em sua casa?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.11 Ações de Combate e de Atenção às Doenças Transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i>			
III.11.1	Nos últimos 12 meses foi realizada alguma ação para combate ao <i>Aedes aegypti</i> na sua casa?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.11.2	Quais das seguintes ações a equipe realizou?		Ações para a localização dos criadouros (focos) dos mosquitos
			Eliminação dos criadouros (focos) dos mosquitos
			Ações educativas (conscientização, informação)
III.11.3	As ações educativas abordaram quais temas?		Como eliminar os criadouros (focos) existentes do mosquito
			Como fazer o armazenamento de água potável e lixo evitando novos focos
			Como realizar a limpeza e manutenção das áreas sob sua responsabilidade
			Orientação sobre os sintomas e sinais de alarme das doenças
			Nenhuma das anteriores
III. 12 Saúde da mulher			
III.12.1	Quando a senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada?		Sim
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu
III.12.2	Se NÃO é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita:		Mesmo dia
			Outro dia
III.12.3	Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do		Meses
			Nunca fez o exame

	colo de útero (exame Papanicolau)?		Não sabe/não respondeu
III.12.4	A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta unidade de saúde?		Sim
			Não
III.12.5	Por que a senhora não faz o exame preventivo nesta unidade de saúde?		A unidade fica longe de casa
			A unidade não faz o exame
			O atendimento é ruim na Unidade
			Outro(s)
III.12.6	Na(s) consulta(s) que a senhora já fez nesta unidade de saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.7	Na(s) consulta(s), o(s) profissional(ais) realiza(m) exames nas mamas da senhora?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.12.8	A senhora já precisou fazer o exame de mamografia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.12.9	Quando precisou, a senhora conseguiu fazer o exame de mamografia?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não procurou fazer o exame
			Não conseguiu
III.12.10	Os profissionais de saúde que atendem a senhora nesta unidade informam sobre métodos de proteção/prevenção para a senhora não engravidar (ex.: camisinha, anticoncepcional)?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.13 Atenção ao pré-natal			
III.13.1	A senhora ficou grávida nos últimos 2 anos?		Sim
			Não
			Nunca engravidou
III.13.2	Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.13.3	Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal?		Consultas
			Não sabe/não respondeu
III.13.4	Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital
			Consultório particular
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu

III.13.5	Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde:	Mediram sua barriga (altura do útero)
		Mediram sua pressão arterial
		Examinaram sua boca
		Examinaram suas mamas
		Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)
		Realizaram exame ginecológico
III.13.6	Na(s) consulta(s) de pré-natal, a senhora foi orientada sobre:	Alimentação e ganho de peso
		Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses
		Os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo)
		A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo
		Nenhuma das anteriores
III.13.7	Durante o pré-natal, a senhora fez:	Exame de urina?
		Exame de HIV/AIDS?
		Exame de sífilis (VDRL)?
		Exame de ultrassom (ultrassonografia)?
		Exame para medir o açúcar no sangue (exame de glicose)?
		Vacina contra tétano?
		Nenhuma das anteriores
III.13.8	Durante o pré-natal, o profissional receitou sulfato de ferro (comprimido para evitar anemia) para a senhora tomar?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.13.9	Durante o pré-natal, o profissional receitou ácido fólico (vitamina B9) para a senhora tomar no início da gravidez (três primeiros meses)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.13.10	Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14 Revisão de parto		
III.14.1	A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.2	A consulta de revisão de parto (consulta de puerpério) foi feita quantos dias depois do parto?	Dias
		Não sabe/não respondeu
III.14.3	A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?	Nesta unidade de saúde
		Em outra unidade de saúde
		Hospital do parto
		Clínica/consultório particular
		Hospital particular

		Em casa com profissional de saúde
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
III.14.4	Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?	Médico
		Enfermeiro
		Outro
III.14.5	A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.6	Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.7	Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.8	Foi realizado exame ginecológico a senhora?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.9	Foram examinadas as mamas da senhora?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.10	Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.11	Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.14.12	Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.15 Utilização: Condições de Saúde		
III.15.1	O(A) senhor(a) tem filho(a) de até dois anos de idade?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.15.2	Qual a idade da criança?	Meses
		Não sabe/não respondeu
III.15.3	Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.15.4	Qual foi o lugar em que foi feita a consulta até sete dias da criança?	Na sua casa
		Nesta unidade de saúde
		Em outra unidade básica de saúde

		Clínica/consultório particular
		Hospital particular
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
III.15.5	Na consulta feita na primeira semana, o(a) senhor(a) lembra se:	A criança foi pesada
		A criança foi medida
		Foi colocada para mamar
		Teve o umbigo examinado
		Foi perguntado se a criança tinha certidão de nascimento
		Foi conversado com o(a) senhor(a) sobre a melhor posição para a criança dormir
		O(A) senhor(a) recebeu a caderneta de saúde da criança
III.15.6	O teste do pezinho foi realizado até os sete dias de vida (na primeira semana depois que a criança nasceu)?	Sim
		Não
		A criança não fez o teste do pezinho
		Não sabe/não respondeu
III.15.7	A criança está com as vacinas em dia?	Sim
		Não
		A criança nunca se vacinou
		Não sabe/não respondeu
III.15.8	Por que a vacinação da criança não está em dia?	Não sabia que tinha que levar para vacinar
		Na unidade de saúde não tem/falta vacina
		Não consegue atendimento para vacina
		Nenhuma das anteriores
		Não sabe/não respondeu
III.15.9	A equipe desta unidade básica de saúde/posto de saúde já o(a) procurou devido ao atraso nas vacinas da criança?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.15.10	Em que local foram feitas a maioria das vacinas da criança?	Nesta unidade de saúde
		Em outra unidade de saúde
		Clínica/consultório particular
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
III.15.11	Quantas consultas a criança fez até agora?	Consultas
		Não sabe/não respondeu
III.15.12	A criança sempre foi consultada pelos mesmos profissionais da equipe de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.15.13	Após a consulta, a criança já sai com a próxima consulta marcada?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.15.14	Nas consultas, foi perguntado ou observado se a criança estava se	Sim
		Não

	desenvolvendo conforme esperado para idade?		Não sabe/não respondeu
III.15.15	O(A) senhor(a) recebeu orientação sobre alimentação da criança até dois anos?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.16 Hipertensão			
III.16.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem pressão alta (hipertensão)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.16.2	O(A) senhor(a) se consultou com médico ou enfermeiro desta unidade básica/posto de saúde por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.16.3	Onde o(a) senhor(a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses?		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital particular
III.16.4	Na(s) consulta(as), o(os) profissional(ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.16.5	O(A) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.16.6	O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?		Creatinina
			Perfil lipídico
			Eletrocardiograma
III. 17 Diabetes			
III.17.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.17.2	O(a) senhor(a) se consultou com médico por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.17.3	Onde o(a) senhor(a) fez a maioria das consultas por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital particular
			Clínica/consultório particular
			Outro(s)
III.17.4	O(a) senhor(a) fez exame de sangue em		Não sabe/não respondeu
			Sim

	jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?		Não
			Não sabe/não respondeu
III.17.5	Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.17.6	Algum profissional da equipe de saúde orientou sobre o cuidado com os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.17.7	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III. 18 Saúde bucal			
III.18.1	O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o dentista nesta unidade de saúde?		Sim
			Não
			Nunca procurou atendimento com dentista
			Esta unidade não possui equipe de saúde bucal
			Não sabe/não respondeu
III.18.2	Qual o tempo de espera para uma consulta?		Dias
			Não sabe/não respondeu
III.18.3	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada até o final do tratamento?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.18.4	Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência na boca (dor, sangramento, quebra de dente, etc.), o(a) senhor(a) procurou atendimento?		Sim
			Não
			Não teve problema de urgência
			Não sabe/não respondeu
III.18.5	Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital particular
			Clínica/consultório particular
			Pronto-atendimento 24 horas
			Pronto-socorro 24 horas
			Centro de especialidades odontológicas (CEO)
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
III.18.6	O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		Sim
			Não
			Não teve problema de urgência
			Não sabe/não respondeu
III.18.7	Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?		Minutos
			Não sabe/não respondeu
III.18.8	Por que não procurou esta unidade de		Porque precisa chegar cedo

	saúde para este atendimento?		Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
			Não sabe/não respondeu
III.18.9	Durante as consultas odontológicas, o profissional examina outras partes do corpo além dos dentes (pescoço, cabeça, língua e outros)?		Sim, sempre
			Sim, às vezes
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.18.10	O problema de saúde bucal que o(a) levou a procurar o serviço odontológico atrapalhava o seu dia a dia (comer, falar, estudar, dormir, trabalhar, etc)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.18.11	Após o tratamento odontológico na Unidade Básica de Saúde/posto de saúde, os problemas de saúde bucal deixaram de atrapalhar o seu dia a dia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.18.12	Algum dentista disse o o(a) sr(a) precisava usar dentadura?		Sim
			Não
			Nunca fui ao dentista
			Não sabe/não respondeu
III.18.13	Onde o(a) senhor(a) fez a dentadura?		Ainda não fez
			Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Clínica/consultório particular
			Centro de especialidades odontológicas (CEO)
			Serviço público em outro município
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
III.18.14	Quanto tempo levou para receber a dentadura?		Dias
			Ainda não recebeu
			Não sabe/não respondeu
III.18.15	O(a) senhor(a) recebeu orientação do dentista sobre o uso e cuidados com a dentadura?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.19 Mecanismos de participação e interação dos usuários			
III.19.1	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão nesta unidade básica de saúde/posto de saúde, o(a) senhor(a) consegue?		Sim
			Sim, mas com dificuldade
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu
III.19.2	Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?		Sim, rapidamente
			Sim, mas demorou
			Não

			Não sabe/não respondeu
III.19.3	Quais os canais de comunicação disponíveis para fazer reclamação ou sugestão?		Caixa de sugestões na unidade de saúde
			Reclama diretamente com a equipe ou gerente da unidade
			Reclama no Conselho Local de Saúde
			Ouvidoria do município
			Ouvidoria do SUS (Ministério da Saúde)
			Outro(s)
III.19.4	O A Senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do município?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.19.5	O A Senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Ministério da Saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.19.6	O(A) senhor(a) sabe se nesta unidade básica de saúde/posto de saúde existe conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.19.7	O(A) senhor(a) é convidado pelos profissionais a opinar sobre o funcionamento e organização desta Unidade de Básica de Saúde/Posto de Saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.20 Percepção das Políticas/Programas para Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB			
III.20.1	O(A) senhor(a) percebeu melhorias na estrutura física, nos móveis ou nos equipamentos desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde nos últimos anos?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.20.2	Quais melhorias percebeu?		A unidade foi reformada, está de cara nova
			A unidade aumentou, tem ambientes novos
			A unidade ganhou novos móveis
			A unidade tem novos equipamentos
			A unidade foi pintada
			O ambiente da unidade está mais agradável
			Os consultórios odontológicos
	Nenhuma das anteriores		
III.20.3	O(A) senhor(a) percebeu melhorias no atendimento desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde nos últimos anos?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.20.4	Quais melhorias percebeu?		O horário de funcionamento está melhor
			Não faltam médicos
			Não faltam dentistas
			O atendimento do médico está melhor
			O atendimento da enfermeira está melhor
			O atendimento do dentista está melhor
	Não faltam materiais e insumos		

		Não faltam medicamentos
		A unidade está ofertando mais serviços
		Nenhuma das anteriores
III.20.5	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?	Sim, sempre
		Sim, algumas vezes
		Esta unidade não entrega medicamento
		Nunca
		Não sabe/não respondeu
III.21 Satisfação com o cuidado		
III.21.1	Se o(a) senhor(a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.21.2	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	A Unidade é distante
		Horário de atendimento não atende às necessidades
		Porque não consegue atendimento
		É mal atendido
		Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
		Outro(s)
III.21.3	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
III.21.4	O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.21.5	Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento ofertado pelos profissionais desta unidade básica de saúde/posto de saúde?	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
III.21.6	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pela equipe?	Nota de 0 a 10, somente inteiros.

Módulo IV- Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde.

Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser um profissional do NASF (é recomendado que tenha mais de um profissional do NASF para responder as questões do instrumento), que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da entrevista.

Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação. As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas a existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos). No anexo A consta a Lista de Documentos para comprovação das ações realizadas pela equipe.

IV.1 - Identificação Geral		
IV.1.1	Número do supervisor:	Número
IV.1.2	Número do entrevistador:	Número
IV.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
IV.2.1	Endereço:	
IV.2.2	Telefone(DDD)+ 9 dígitos	(_) ____ - ____ Não existe telefone
IV.2.3	Qual profissional entrevistado?	Assistente Social
		Farmacêutico
		Fisioterapeuta
		Fonoaudiólogo
		Médico Acupunturista
		Médico Clínico
		Médico do Trabalho
		Médico Geriatra
		Médico Ginecologista e Obstetra
		Médico Homeopata
		Médico Pediatra
		Médico Psiquiatra
		Médico Veterinário
		Nutricionista
Psicólogo		
Professor de Educação Física na Saúde		
Terapeuta Ocupacional		
Sanitarista		
Educador Social		
Termo de Compromisso		
IV.2.4	O NASF possui termo de compromisso assinado pela gestão municipal (ou representante) e pelos	Sim
		Não

	profissionais do NASF que comprove a adesão voluntária ao programa?	
IV.2.4/1	Existe documento que comprove?	Sim Não
IV.3 - Eixo 1 - Gestão do NASF em âmbito municipal		
IV.3.1 - Geral	Existe responsável, referência ou coordenação do NASF no âmbito da gestão do município?	Sim Não
IV.3.2	Há encontros mensais entre a equipe do NASF e sua referência técnica/coordenação?	Sim Não
IV.3.2/1	Existe documento que comprove?	Sim Não
IV.3.3	Qual (is) atividade (s) que a coordenação/referência desenvolve junto ao NASF?	Mediação ativa e monitoramento dos pactos de trabalho colaborativo entre profissionais do NASF e das ESF. Planejamento das atividades do NASF Monitoramento e avaliação das atividades do NASF Oferta de atividades pedagógicas (capacitações, cursos etc.) Apoio para articulação intersetorial Apoio para articulação intrasetorial Nenhuma das anteriores
IV.3.4	A sua equipe NASF apóia quantas Equipes de Atenção Básica? (inclui equipes saúde da família, equipes ribeirinhas, e equipes de consultório na rua)	1 equipe 2 equipes 3 equipes 4 equipes 5 equipes 6 equipes 7 equipes 8 equipes 9 equipes Mais de 9 equipes
IV.3.5	Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF?	Sim Não Não sabe/ não respondeu
IV. 4 - Eixo 2 – Educação Permanente		
Incorporação da EP no processo de trabalho do NASF		
IV.4.1 - Geral	O NASF promove ou participa de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica?	Sim Não
IV.4.1/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim Não
IV.4.2 - Essencial	O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas	Sim

	que as Equipes de Atenção Básica consideram pertinentes?	Não
Adequação das ações de EP às necessidades de saúde do território e da Equipe de Atenção Básica		
IV.4.3	Quem participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente	Profissionais da Equipe de Atenção Básica
		Profissionais do NASF
		Gestão municipal
		Nenhuma das anteriores
IV.4.4 - Geral	A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica?	Sim
		Não
IV.5 - Eixo 3 - Coordenação do cuidado e integração na Rede de Atenção à Saúde		
Gestão do cuidado compartilhado		
IV.5.1 - Geral	Nos últimos três meses o NASF foi acionado para atendimento não programado no mesmo dia?	Sim
		Não
IV.5.2 - Geral	O NASF analisa as solicitações de apoio das equipes, identificando suas principais demandas?	Sim
		Não
IV.5.3 - Geral	O NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco?	Sim
		Não
IV.5.4 - Estratégico	O NASF realiza, mediado pela eAB, a gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas?	Sim
		Não
IV.5.4/1- Estratégico	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.5.5	Há evidências de aumento da resolutividade da Atenção Básica a partir do NASF?	Sim
		Não
IV.5.6	Quais situações/evidências indicam esse aumento de resolutividade?	Qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada (Geral)
		Redução dos encaminhamentos para a atenção especializada (Geral)
		Mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e NASF (Geral)
		Melhora dos indicadores de saúde da população do território (Geral)
		Aumento do número de casos concluídos pelo NASF (Geral)
		Maior diversidade de ações ofertadas na AB (Geral)
		Outros
Acesso a outros pontos de atenção e fluxos assistenciais		
IV.5.7 - Estratégico	O NASF auxilia a eAB a fim de qualificar os encaminhamentos de usuários para outros serviços de saúde?	Sim
		Não
IV.5.8	Quais instrumentos/estratégias são utilizadas para isso?	Discussão de casos

		Análise das listas de espera para determinadas especialidades e discussão dos motivos de encaminhamento
		Capacitação da equipe
		Protocolos clínicos
		Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada
		Outros
IV.5.9	O NASF tem acesso à contrarreferência dos usuários encaminhados (por ele ou pela ESF)?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Algumas vezes
		Nunca
Comunicação entre profissionais da rede		
IV.5.10	Com que frequência os profissionais do NASF, mediados pela eAB, entram em contato com profissionais da rede de referência para trocar informações sobre os pacientes encaminhados?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Algumas vezes
		Nunca
IV.5.11	Com que frequência os profissionais da rede contatam o NASF, mediados pela eAB, para trocar informações sobre os pacientes encaminhados?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Algumas vezes
		Nunca
IV.5.12 - Geral	O NASF desenvolve atividades com equipes de outros serviços de saúde/pontos de atenção à saúde que não seja a UBS?	Sim
		Não
IV.5.12/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.5.13	Com quais serviços de saúde o NASF desenvolve atividades?	CAPS
		Centros de reabilitação
		Outros centros de especialidades em saúde ou policlínicas
		Hospitais
		Serviços de Urgência e Emergência
		Serviço de Atenção Domiciliar
		Academia da Saúde
		Nenhuma das anteriores
IV.5.14 - Estratégico	O NASF realiza o acompanhamento dos casos de gestação de alto risco, de forma compartilhada com a atenção especializada?	Sim
		Não
IV. 6. Eixo 4 – Fortalecimento de Ações Intersetoriais		
IV.6.1 - Geral	O NASF desenvolve atividades que	Sim

	contam com a participação de outros setores sociais ou com entidades da sociedade civil?	Não
IV.6.1/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.6.2	Que setores participam/contribuem com a execução das ações?	Educação
		Assistência social (CRAS, CREAS, Centro de Juventude, etc.)
		Cultura, Esporte e Lazer
		Associações de bairro
		Instituições religiosas diversas
ONGs		
IV.6.3	O gestor de saúde (secretário, coordenadores da Atenção Básica e de Unidades Básicas de Saúde) favorece, estimula e orienta o desenvolvimento de práticas intersectoriais pela equipe?	Sim
		Não
IV.6.4	O NASF participa das ações do Programa Saúde na Escola?	Sim
		Não
IV.6.5	O NASF participa das ações do Programa Bolsa Família?	Sim
		Não
IV.7. Eixo 5 - Qualificação do Cuidado na AB		
Processo de trabalho da equipe NASF		
IV.7.1 - Geral	A equipe NASF realiza planejamento de suas ações a partir de diagnóstico do território?	Sim
		Não
IV.7.2 - Essencial	As ações do NASF são planejadas de forma articulada ao planejamento das Equipes de Atenção Básica?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Algumas vezes
		Nunca
IV.7.2/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.3 - Essencial	A equipe NASF se reúne para discutir seu processo de trabalho?	Sim
		Não
IV.7.4 - Geral	O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?	Sim
		Não
IV.7.4/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.5 - AUTOAVALIAÇÃO	O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses?	Sim
		Não
IV.7.6	Qual instrumento é utilizado?	AMAQ - NASF (impresso)
		AMAQ - NASF eletrônico
		Instrumento desenvolvido pelo município ou pela equipe
		Instrumento desenvolvido pelo estado

		Outros instrumentos de avaliação
IV.7.6/1 - AUTOAVALIAÇÃO	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.7	Quais das seguintes atividades o NASF realiza?	
IV.7.7.1 - Essencial	Consultas compartilhadas entre profissionais da equipe do NASF e com a ESF.	Sim
		Não
IV.7.7.1/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.7.2 - Geral	Grupos terapêuticos ou operativos.	Sim
		Não
IV.7.7.2/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.7.3	Ações de vigilância em saúde	Sim
		Não
IV.7.7.4 - Essencial	Atividades de educação em saúde.	Sim
		Não
IV.7.7.5 - Geral	Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular para casos complexos.	Sim
		Não
IV.7.7.5/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.7.6	Nenhuma das anteriores	Sim
		Não
IV.7.8 - Geral	Há definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional do NASF?	Sim
		Não
IV.7.8/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
IV.7.9	A equipe NASF tem dificuldades de locomoção para desenvolver suas atividades no território (por grandes distâncias ou ausência de veículo)?	Sim
		Não
IV.7.10 - Geral	O NASF registra suas ações em prontuários comuns com as equipes de Atenção Básica?	Sim
		Não
IV.7.11	O NASF analisa a efetividade das atividades coletivas que produz ou participa?	Sim
		Não
IV.7.12	O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território?	Sim
		Não
IV.7.13 - Essencial	A equipe do NASF desenvolve suas atividades de forma integrada com as EAB?	Sim
		Não
IV.8. Ações específicas para o cuidado integral		
Abordagem de pessoas com doenças crônicas		

IV.8.1 - Geral	O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?	Sim
		Não
IV.8.2	Tais estratégias envolvem:	Promoção da adesão do usuário ao cuidado longitudinal
		Incentivo para a adesão do usuário ao tratamento farmacoterapêutico
		Suporte aos familiares/ cuidadores de pessoas com doenças crônicas
		Motivação e orientação para o autocuidado
		Nenhuma das anteriores
IV.8.3 - Estratégico	O NASF desenvolve ações que fortalecem o cuidado da Equipe de Atenção Básica para os casos diagnosticados de câncer, que necessitem?	Sim
		Não
IV.8.4	O NASF realiza atendimento de usuários com condições que exijam cuidado intensivo?	Sim
		Não
IV.9. Atenção à saúde da criança		
IV.9.1 - Estratégico	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território?	Sim
		Não
IV.9.2	Quais ações são realizadas?	Atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças
		Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças
		Acompanhamento das crianças com dificuldades na alimentação complementar
		Acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiológico ou visual) (Estratégico)
		Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes
		Estimulação precoce das crianças com alterações do desenvolvimento infantil
		Nenhuma das anteriores
IV.10. Cuidado à pessoa com deficiência e necessidade de reabilitação		
IV.10.1 - Geral	O NASF apoia e desenvolve com as equipes de Atenção Básica estratégias de reabilitação?	Sim
		Não
IV.10.2	Quais ações são desenvolvidas?	Suporte às Equipes de Atenção Básica na identificação precoce de deficiências
		Abordagem integral da pessoa com deficiência que considere a diversidade de suas necessidades (Geral)
		Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio
		Promoção da inserção da pessoa com necessidades de reabilitação em atividades esportivas, laborais e de lazer

		Grupos de prevenção de agravos e promoção de saúde no cuidado das pessoas com necessidade de reabilitação (Ex: Grupo de coluna, grupo de caminhada, grupo de oficinas laborais etc.) (Geral)
		Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios osteomusculares
		Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios neuromusculares
		Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios reumatológicos
		Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios uroginecológicos
		Nenhuma das anteriores
IV.10.3	O NASF realiza avaliação e encaminhamento para uso de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção?	Sim
		Não
IV.10.4	O NASF realiza abordagem funcional observando a diversidade de necessidades das pessoas com deficiência ou que necessitam de reabilitação?	Sim
		Não
IV.10.5	Existem crianças com diagnóstico ou suspeita de microcefalia no território de abrangência das equipes apoiadas pelo NASF?	Sim
		Não
IV.10.6	A equipe NASF oferece suporte psicológico às famílias de crianças com suspeita ou diagnóstico de microcefalia?	Sim
		Não
IV.10.7	A equipe NASF orienta ações de proteção social e/ou articula o suporte pelos serviços da rede de assistência social às famílias de crianças com suspeita ou diagnóstico de microcefalia?	Sim
		Não
IV.10.8	A equipe NASF mantém contato com os profissionais dos centros de reabilitação ou da rede referenciada para o cuidado de crianças com suspeita ou diagnóstico de microcefalia?	Sim
		Não
IV.11. Atenção à Saúde Mental		
IV.11.1 - Geral	O NASF apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental?	Sim
		Não
IV.11.2	Quais das seguintes ações são realizadas?	Acompanhamento de casos de saúde mental conjuntamente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Geral)
		Discussão e pactuação com as Equipe de Atenção Básica de critérios e fluxos para atendimento dos casos de saúde mental na Atenção Básica e Especializada (Geral)
		Auxílio à Equipe de Atenção Básica no manejo do uso dos psicofármacos (adesão ao

		tratamento, horários de administração, escolha do fármaco para a condição do usuário, redução de dose, etc) (Geral)
		Oferta outras ações terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos (Estratégico)
		Apoia as equipes de Atenção Básica na abordagem e atua no cuidado dos usuários que fazem uso de substâncias psicoativas (Geral)
		Fomenta atividades de prevenção do uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território (Geral)
		Nenhuma das anteriores
IV.12. Atenção nutricional pelo NASF		
IV.12.1 - Geral	O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações de atenção nutricional?	Sim
		Não
IV.12.2	Quais das seguintes ações são realizadas?	Qualifica os profissionais da Atenção Básica na coleta e análise dos marcadores de consumo
		Realiza análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (por exemplo: anemias, desnutrição, hipovitaminose A)
		Utiliza metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis, tais como o Guia Alimentar para a População Brasileira
		Promove ações que fomentam práticas alimentares saudáveis, baseado no consumo de alimentos regionais e no Guia Alimentar para a População Brasileira (Estratégico)
		Promove articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos, hortas comunitárias
		Promove oficinas culinárias
		Qualifica os profissionais da Atenção Básica para a coleta e registro dos dados antropométricos
Nenhuma das anteriores		
IV.13. Atenção à pessoa com obesidade		
IV.13.1 - Geral	O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações para o manejo da obesidade?	Sim
		Não
IV.13.2	Quais das seguintes ações são realizadas?	Presta assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m ²
		Participa da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30 kg/m ² com comorbidades ou IMC 40 kg/m ² (Estratégico)
		Desenvolve grupos temáticos e/ou terapêuticos direcionados ao público com excesso de peso e

		obesidade em conjunto com a Equipe de Atenção Básica
		Qualifica os profissionais da Atenção Básica para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade
		Realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade, de acordo com a classificação do estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades (Estratégico)
		Presta assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade.
		Nenhuma das anteriores
IV. 14. Práticas Integrativas e Complementares		
IV.14.1 - Estratégico	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas a práticas integrativas e complementares?	Sim
		Não
IV.14.2	Quais práticas desenvolve?	Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia
		Reiki
		Yoga
		Ayurveda
		Florais
		Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia
		Shantala
		Talassoterapia
		Biodança
		Musicoterapia
		Dança circular
		Naturopatia
		Terapia comunitária
		Terapia com Argila
		Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)
		Arteterapia
		Osteopatia
		Quiropraxia
		Aromaterapia Meditação (Mindfulness ...) Bioenergética
		Outro(s)
IV.14.3	Os profissionais tem o apoio da gestão para realizar as PICS, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?	Sim
		Não
IV.14.4	O NASF utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea	Sim

	ou linha de cuidado que inclua PICS?	Não
IV. 15 Assistência Farmacêutica		
IV.15.1	O NASF possui farmacêutico na equipe?	Sim
		Não
IV.15.2	O farmacêutico do NASF realiza quais destes serviços técnico-gerenciais?	Apoio no gerenciamento da farmácia nas UBS que acompanha
		Fracionamento de medicamentos na UBS
		Apoio à utilização de sistema de informação de Assistência Farmacêutica
		Nenhuma das anteriores
IV.15.3	O farmacêutico do NASF faz apoio à gestão do município no acesso aos medicamentos?	Sim
		Não
IV.15.4	Qual(is) atividade(s) o farmacêutico desenvolve?	Seleção de medicamentos
		Programação de medicamentos
		Aquisição de medicamentos
		Armazenamento de medicamentos
		Distribuição de medicamentos
IV.15.5	O farmacêutico do NASF realiza quais destes serviços clínico-assistenciais?	Orientação terapêutica
		Seguimento farmacoterapêutico
		Atendimento domiciliar
		Revisão da farmacoterapia
		Conciliação dos medicamentos
		Nenhuma das anteriores
IV.15.6	O farmacêutico do NASF realiza dispensação de medicamentos na Unidade Básica de Saúde?	Sim
		Não
IV.15.7	Quais destas ações são realizadas pelos demais profissionais da ESF e NASF (exceto farmacêutico)?	Conciliação dos medicamentos
		Educação em Saúde no âmbito da assistência farmacêutica
		Orientação Terapêutica
		Não são realizadas tais ações
IV.15.8	O NASF contribui com atividades voltadas à segurança do paciente relacionadas a prescrição, a dispensação e a administração de medicamentos?	Sim
		Não
IV.15.9 - Geral	O NASF analisa e discute o perfil de utilização de medicamentos na Atenção Básica?	Sim
		Não
IV.15.10	IV.15.10 Esse apoio acontece por meio de quais ações?	Análise dos medicamentos mais prescritos e dispensados na UBS e problematização desse cenário com a Equipe de Atenção Básica
		Contribuição na análise do perfil da população assistida (prevalência de doenças e agravos) e identificação do quadro de morbimortalidade do território
		Análise comparativa entre os medicamentos

		utilizados nas doenças prevalentes com os protocolos clínicos
		Apoio na detecção de eventos adversos dos medicamentos utilizados
		Identificação de subgrupos populacionais mais vulneráveis ao uso irracional de medicamentos
		Nenhuma das anteriores
IV.15.11 - Geral	O NASF apoia e desenvolve ações para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas que fazem uso contínuo de medicamentos?	Sim
		Não
IV.15.12	IV.15.12 Esse apoio acontece por meio de quais ações?	Simplificação do regime terapêutico (diminuição do número de doses e do número total de medicamentos)?
		Qualificação e facilitação do acesso aos medicamentos disponíveis na rede
		Realização de ações específicas aos usuários de medicamentos de alto risco e/ou polimedicados
		Capacitação dos profissionais da Atenção Básica para a promoção do uso racional de medicamentos
		Capacitação dos profissionais para detecção da não adesão ao tratamento medicamentoso.
IV.15.13	O NASF realiza notificação (ex: de eventos adversos, desvio de qualidade e perda de eficácia, dentre outros)?	Sim
		Não
IV.15.14	O NASF analisa as notificações geradas pela Equipe de Atenção Básica (ex: de eventos adversos, desvio de qualidade e perda de eficácia) e busca realizar ações para qualificação das mesmas?	Sim
		Não
IV.15.15	O NASF promove capacitação dos profissionais da Atenção Básica para qualificação das notificações geradas?	Sim
		Não
IV.16 Saúde do Trabalhador		
IV.16.1- Geral	O NASF apoia e desenvolve ações para identificação da situação de saúde do trabalhador do território?	Sim
		Não
IV.16.2	Quais ações são realizadas?	Identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores
		Identificação de condições de trabalho precárias no território
		Identificação de situações de violência e sofrimento relacionados ao trabalho
		Identificação dos riscos e agravos relacionados ao trabalho
		Notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho

		Nenhuma das anteriores
IV.16.3 - Geral	O NASF apoia e desenvolve ações de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais?	Sim
		Não
IV.16.4	Quais ações são realizadas?	Atendimento individual ou coletivo aos casos definidos junto à Equipe de Atenção Básica
		Deteção precoce da perda de saúde dos trabalhadores
		Orientações para prevenção de agravos ocupacionais
		Atividades nos espaços de trabalho do território visando à prevenção de agravos e cuidado dos trabalhadores
IV.17 Abordagem de questões sociais pelo NASF		
IV.17.1	Os profissionais do NASF identificam demandas que necessitam de avaliação para a garantia de benefícios sociais pertinentes?	Sim
		Não
IV.17.2 - Geral	Quando identificada a necessidade de benefícios sociais, o NASF articula com outros setores do território (Assistência Social, Justiça, entre outros)	Sim
		Não
IV.17.3 - Geral	O NASF realiza o reconhecimento, atendimento e notificação dos casos de violência, sempre que necessário?	Sim
		Não

Módulo V- Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal

Neste módulo, o entrevistador deverá ser acompanhado por um **profissional da Equipe de Saúde Bucal** (cirurgião-dentista ou auxiliar ou técnico em saúde bucal) que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos para atenção odontológica presentes na Unidade de Saúde.

V.1 - Identificação Geral		
V.1.1	Número do supervisor:	
V.1.2	Número do entrevistador:	
V.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
V.2.1	Coordenadas GPS:	Latitude
		Longitude
		Não foi possível obter as coordenadas
V.2.2	Endereço:	
V.2.3	Telefone (DDD) + 9 dígitos	() -
		Não existe telefone
V.3 - Identificação da Modalidade e dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica		
V.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde?	Posto de saúde
		Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde
		Unidade Mista
		Outro(s)
V.3.2	Quantas Equipes de Saúde Bucal existem nesta unidade de saúde (por modalidade)?	Equipe de Saúde Bucal modalidade I
		Equipe de Saúde Bucal modalidade II
		Equipe de Saúde Bucal parametrizada
V.4 - Horário de Funcionamento		
V.4.1	Há horário fixo de funcionamento da unidade?	Sim
		Não
V.4.2	Esta unidade funciona quais dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)? *	Segunda
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Terça
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Quarta
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Quinta
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Sexta
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
		Sábado
Em que horário abre?		
Em que horário fecha?		

		Domingo
		Em que horário abre?
		Em que horário fecha?
V.4.3 - Geral	Esta equipe de saúde bucal matem suas atividades no horário do almoço?	Sim, todas as atividades
		Sim, algumas atividades
		Não, nenhuma das atividades
V.5 - Características Estruturais e Ambiência		
V.5.1	Quantos e como são os consultórios odontológicos existentes nesta unidade de saúde?	Quantidade de Consultório(s) com somente uma cadeira odontológica:
		Quantidade de Consultório(s) com mais de uma cadeira odontológica com separação por meio de boxes individuais:
		Quantidade de Consultório(s) com mais de uma cadeira odontológica sem separação por meio de boxes individuais:
V.5.2	O(s) consultório(s) odontológico(s) está(ão) localizado(s) dentro da mesma unidade de saúde onde está a equipe de atenção básica?	Sim
		Não
V.5.3	Esta unidade de saúde está funcionando em local provisório?	Sim
		Não
V.5.4	Sobre as características estruturais e a ambiência, observar se TODOS os consultórios odontológicos:	Dispõem de boa ventilação ou climatização
		Apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial)
		Possuem piso e paredes com superfícies lisas e laváveis
		Possuem ambientes em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor
		Permitem privacidade ao usuário
		Nenhuma das anteriores
V.5.5 - Geral	Sobre a rede hidráulica e sanitária, observar a presença de:	Mofo próximo à(s) pia(s)
		Torneira(s) sem sair água
		Torneira(s) pingando
		Torneira(s) com acionamento automático com defeito
		Pia entupida
		Pia interdita
		Cheiro de esgoto
		Falta de água
		Nenhuma das anteriores
V.5.6 - Geral	Sobre a rede elétrica, observar a presença de:	Fios expostos, soltos ou desencapados
		Tubulação de plástico por fora da parede
		Nenhuma das anteriores
V.6 - Equipamentos em condições de uso		
V.6.1 - Geral	Quantos amalgamadores em condições de uso?	Quantidade
V.6.2 -	Quantos ares-condicionados em condições de uso?	Quantidade

Geral		
V.6.3 - Essencial	Quantas autoclaves em condições de uso?	De uso exclusivo da ESB
		De uso compartilhado na unidade
V.6.4 - Obrigatório	Quantas cadeiras odontológicas em condições de uso?	Quantidade
V.6.5 - Geral	Quantos carts odontológicos/equipos em condições de uso?	Quantidade
V.6.6 - Essencial	Quantas canetas de alta rotação em condições de uso?	Quantidade
V.6.7 - Essencial	Quantas canetas de baixa rotação em condições de uso?	Quantidade
V.6.8 - Essencial	Quantos compressores em condições de uso?	De ar com válvula de segurança
		Elétrico
V.6.9 - Essencial	Quantas cuspidadeiras em condições de uso?	Quantidade
V.6.10 - Geral	Quantos fotopolimerizadores em condições de uso?	Quantidade
V.6.11 - Geral	Quantos jatos de bicarbonato em condições de uso?	Quantidade
V.6.12 - Geral	Quantos macromodelos da arcada dentária e macroescova dental em condições de uso?	Quantidade
V.6.13 - Geral	Quantas mesas vibratórias para gesso em condições de uso?	Quantidade
V.6.14 - Essencial	Quantos mochos em condições de uso?	Quantidade
V.6.15 - Essencial	Quantos refletores em condições de uso?	Quantidade
V.6.16 - Geral	Quantas seladoras em condições de uso?	Quantidade
V.6.17 - Essencial	Quantos sugadores (mangueiras) em condições de uso?	Quantidade
V.6.18 - Geral	Quantas torneiras com acionamento sem contato com as mãos em condições de uso?	Quantidade
V.6.19 - Geral	Quantos aparelhos de ultrassom em condições de uso?	Quantidade
V.7 - Equipamentos e Insumos Relacionados à Radiografia Odontológica		
V.7.1 - Geral	Quantos negatoscópios em condições de uso?	Quantidade
V.7.2 - Estratégico	Quantos aparelhos de RX odontológico em condições de uso?	Convencional
		Digital
V.7.3 - Estratégico	Quantos aventais de chumbo com protetor de tireoide em condições de uso?	Quantidade
V.7.4 - Estratégico	Quantas câmaras escuras (caixas de revelação) em condições de uso?	Quantidade
V.7.5 - Estratégico	Colgaduras em condições de uso?	Sim
		Não
V.7.6 - Estratégico	Filme radiográfico sempre disponível?	Sim
		Não
V.7.7 - Estratégico	Fixador para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	Sim
		Não
V.7.8 - Estratégico	Revelador para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	Sim
		Não
V.7.9 - Geral	Outro dispositivo para processamento de filme radiográfico	Sim

	em condições de uso?	Não
V.8 - Instrumentais Odontológicos		
V.8.1 - Geral	Alicate de corte de fio sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.2 - Geral	Alicate ortodôntico sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.3 - Geral	Espátula de cera nº 7 sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.4 - Geral	Espátula de cimento sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.5 - Geral	Espátula lecron sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.6 - Geral	Espátula para gesso e alginato sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.7 - Geral	Gral de borracha sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.8 - Geral	Jogo clínico (pinça clínica, sonda exploradora e espelho clínico) sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.9 - Geral	Lamparina sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.10 - Geral	Moldeira sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.11 - Geral	Placa de vidro sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.12 - Geral	Seringa carpule sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.13 - Geral	Sonda milimetrada sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais de Cirurgia		
V.8.14 - Geral	Afastador cirúrgico sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.15 - Geral	Alavanca reta sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.16 - Geral	Alveolótomo sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.17 - Geral	Cabo para bisturi sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.18 - Geral	Cureta cirúrgica alveolar sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.19 - Geral	Fórceps adulto sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.20 - Geral	Fórceps infantil sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.21 - Geral	Lima óssea sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.22 - Geral	Porta-agulha sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.23 - Geral	Sindesmótomo sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.24 - Geral	Sugador cirúrgico sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.25 - Geral	Tesoura cirúrgica sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais Dentística/Prótese		
V.8.26 -	Aplicador de hidróxido de cálcio sempre disponível?	Sim

Geral		Não
V.8.27 - Geral	Brunidor sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.28 - Geral	Condensador sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.29 - Geral	Escavador/colher de dentina sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.30 - Geral	Esculpidor sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.31 - Geral	Espátula de inserção de resina sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.32 - Geral	Porta-amálgama sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.33 - Geral	Porta-matriz sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.34 - Geral	Recortador de margem gengival sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais de Endodontia		
V.8.35 - Geral	Cânula para aspiração endodôntica sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.36 - Geral	Lima endodôntica sempre disponível?	Sim
		Não
Instrumentais de Periodontia		
V.8.37 - Geral	Cureta periodontal sempre disponível?	Sim
		Não
V.8.38 - Geral	Pedra de afiar curetas periodontais sempre disponível?	Sim
		Não
V.9 - Insumos		
V.9.1 - Geral	Álcool (etanol) 70º em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.2 - Geral	Alginato em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.3 - Geral	Anestésico com vasoconstritor em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.4 - Geral	Anestésico sem vasoconstritor em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.5 - Geral	Anestésico tópico em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.6 - Essencial	Brocas de alta rotação em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.7 - Geral	Brocas de baixa rotação em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.8 - Geral	Cera nº 7 em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.9 - Geral	Cimento de hidróxido de cálcio em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.10 - Geral	Cimento de ionômero de vidro convencional ou modificado por resina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.11 - Geral	Cimento de óxido de zinco e eugenol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.12 - Geral	Cimento para cimentação provisória em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.13 - Geral	Creme dental em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.14 - Geral	Escova dental em quantidade suficiente?	Sim

Geral		Não
V.9.15 - Geral	Fio de sutura em quantidade suficiente (fio e agulha)?	Sim
		Não
V.9.16 - Geral	Fio dental em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.17 - Geral	Flúor gel em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.18 - Geral	Gesso em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.19 - Geral	Lâmina de bisturi em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.20 - Geral	Pontas diamantadas em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.21 - Geral	Ponteira descartável para sugador em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.22 - Geral	Rolo de algodão em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.23 - Geral	Seringa descartável para irrigação em quantidade suficiente?	Sim
		Não
Insumos Dentística/ Prótese		
V.9.24 - Geral	Amálgama - preparo manual em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.25 - Geral	Amálgama em cápsulas pré-dosadas em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.26 - Geral	Cunha em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.27 - Geral	Dentes de estoque em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.28 - Geral	Fio ortodôntico em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.29 - Geral	Fresa metálica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.30 - Geral	Material para acabamento e polimento de prótese (lixas e/ou fresas) em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.31 - Geral	Matriz de poliéster em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.32 - Geral	Matriz metálica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.33 - Geral	Microbrush em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.34 - Geral	Papel articular/papel carbono em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.35 - Geral	Resina acrílica em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.36 - Geral	Resinas fotopolimerizáveis em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.37 - Geral	Selantes em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.38 - Geral	Sistema adesivo (ácido + primer + adesivo ou ácido + primer/adesivo ou primer autocondicionante + adesivo ou não presente) em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.39 - Geral	Tira de lixa de poliéster em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.40 - Geral	Tira de lixa metálica em quantidade suficiente?	Sim
		Não

Insumos Cirurgia/Periodontia		
V.9.41 - Geral	Cimento cirúrgico em quantidade suficiente?	Sim
		Não
Insumos Endodontia		
V.9.42 - Geral	Medicação intracanal para polpa viva e polpa necrosada em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.43 - Geral	Ponta de papel absorvente em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.44 - Geral	Solução para irrigação intracanal em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.45 - Geral	Teste de sensibilidade pulpar (frio) em quantidade suficiente?	Sim
		Não
Insumos Biossegurança		
V.9.46 - Geral	Caixa de descarte para material perfurocortante em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.47 - Geral	Fita indicadora para autoclave em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.48 - Geral	Luva de borracha para limpeza de instrumental em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.49 - Geral	Material de limpeza de instrumental e brocas em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.50 - Geral	Material para embalar instrumental para esterilização (TNT, SMS ou papel grau cirúrgico) em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.51 - Geral	Óculos em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.52 - Geral	Recipiente para descarte de amálgama em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.53 - Estratégico	Recipiente para descarte de lâmina de chumbo em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.54 - Geral	Toucas em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.55 - Essencial	Luvas em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.56 - Geral	Gazes em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.9.57 - Essencial	Máscaras em quantidade suficiente?	Sim
		Não
V.10 - Material Impresso para Atenção à Saúde Bucal		
V.10.1	Com qual frequência a ficha clínica odontológica fica disponível (Prontuário Clínico)?	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
		O prontuário é eletrônico
V.10.2	Com qual frequência estão disponíveis impressos para educação em saúde?	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

Módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde

Para que o profissional da Equipe de Saúde Bucal responda a entrevista do Saúde Mais Perto de Você - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)-, o entrevistador deve fazer contato prévio com o mesmo. Este profissional deverá ser o **cirurgião-dentista**, pois agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. No momento da avaliação externa se o **cirurgião-dentista** não estiver para responder a entrevista outro profissional da equipe de saúde bucal (Auxiliar de Saúde Bucal ou Técnico de Saúde Bucal) poderá ser entrevistado. No entanto, a equipe será prejudicada no componente da avaliação externa na Certificação do Programa. Por isso, é importante que seja combinado previamente a visita à UBS com a equipe de entrevistadores.

Nas questões que envolvem a verificação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação. No anexo A consta a Lista de Documentos para comprovação das ações realizadas pela equipe.

As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:

- Registro da resposta específica;
- Registro da existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

VI.1 - Identificação Geral		
VI.1.1	Número do supervisor:	Número
VI.1.2	Número do entrevistador:	Número
VI.2 - Identificação da Unidade de Saúde e do Entrevistado		
VI.2.0	Coordenadas GPS:	Latitude
		Longitude
		Não foi possível obter as coordenadas
VI.2.1	Endereço:	
VI.2.2	Telefone (DDD) + 8 dígitos	() -
		Não existe telefone
VI.2.3 - Geral	Qual profissional entrevistado?	Cirurgião-dentista
		Auxiliar em Saúde Bucal
		Técnico em Saúde Bucal
VI.3 - Territorialização e População de Referência da Equipe de Saúde Bucal		
VI.3.1	Na rotina de trabalho, a Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Atenção Básica?	Quantidade
VI.3.2	Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua Equipe de Saúde Bucal são atendidas?	Todos os dias da semana
		Alguns dias da semana
		Nenhum dia da semana
VI.3.3 - Essencial	A Equipe de Saúde Bucal possui mapa do território?	Sim
		Não
VI.3.3/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

VI.4 - Planejamento, Acompanhamento e Avaliação		
VI.4.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim
		Não
VI.4.1/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.2 - Essencial	A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	Sim
		Não
VI.4.2/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.3 - Estratégico	A equipe investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território?	Sim
		Não
VI.4.3/1 - Estratégico	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.4 - Estratégico	A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos?	Sim
		Não
VI.4.4/1 - Estratégico	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.4.5 - AUTOAVALIAÇÃO	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	Sim
		Não
VI.4.6	Qual o instrumento utilizado?	AMAQ impresso
		AMAQ eletrônico
		AMQ
		Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
		Instrumento desenvolvido pelo Estado
VI.4.6/1 - AUTOAVALIAÇÃO	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.5 - Apoio Matricial à Equipe de Saúde Bucal		
VI.5.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?	Sim
		Não
VI.5.2	De quais núcleos profissionais?	Do CEO
		De especialistas em odontologia da rede (exceto CEO)
		Do NASF
		Do CAPS
		Da vigilância em saúde
VI.5.3 - Geral	Indique em qual(is) especialidade(s) odontológica(s) a equipe de Saúde Bucal recebe apoio na UBS para a resolução de casos mais complexos:	Outros
		Cirurgia Oral
		Endodontia
		Periodontia
		Estomatologia
		Radiologia
		Ortodontia
		Implantodontia
		Odontopediatria
Outros		
VI.6 - Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde		
VI.6.1	Como são registradas as informações de saúde?	Fichas em papel
		Prontuário eletrônico (Estratégico)
VI.6.2	Qual o tipo de prontuário?	Prontuário Eletrônico do Cidadão

		(PEC) do e-SUS AB
		Prontuário Eletrônico Próprio
VI.6.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.6.3	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP)?	Sim, para todos da equipe
		Sim, para alguns da equipe
		Não
VI.6.4	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?	Sim, para todos da equipe
		Sim, para alguns da equipe
		Não
VI.6.5	Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida?	Sim
		Não
VI.6.6	Quais canais são utilizados?	Colegas de trabalho
		Materiais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde
		Gestão municipal
		Telessaúde
		Disque Saúde 136
		Outros
VI.6.7	Sobre o registro clínico orientado a problemas (RCOP) e suas funcionalidades disponíveis no prontuário eletrônico, quais itens sua equipe utiliza?	Folha de Rosto
		Anotações SOAP - Subjetivo
		Anotações SOAP - Objetivo
		Anotações SOAP - Avaliação
		Anotações SOAP - Plano
		Lista de problemas
		Antecedentes
VI.6.8 - Geral	A ficha clínica odontológica compõe o prontuário do usuário?	Sim
		Não
VI.6.8/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.7 - Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe		
VI.7.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações articuladas com outros equipamentos sociais do território?	Sim
		Não
VI.7.2 - Geral	Existe reserva de vagas na agenda da Equipe de Saúde Bucal ou um horário de fácil acesso ao profissional para que:	O usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?
		O usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?
		Nenhuma das anteriores
VI.7.3 - Essencial	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante:	Atendimento agendado/programado
		Atendimento de demanda espontânea
VI.7.4 - Geral	No atendimento à demanda espontânea, a Equipe de Saúde Bucal realiza:	Atendimento de urgência (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos por trauma, acesso à polpa dentária, pulpotomia, tratamento de alveolite, tratamento inicial de dente traumatizado, outros)
		Prescrição de receitas de medicamentos
		Orientação

		Nenhuma das anteriores
		Aplicação de selante ionomérico
		Aplicação tópica de flúor
		Exodontia de dente decíduo
		Exodontia de dente permanente
		Ulotomia/ Ulectomia
		Raspagem, alisamento e polimento supragengival
		Raspagem, alisamento e polimento subgengival
		Restaurações dentárias de amálgama
		Restaurações dentárias de resina
		Restaurações dentárias de ionômero
		Moldagem para prótese
		Instalação de prótese
		Cimentação de prótese
		Nenhuma das anteriores
VI. 7.5	No atendimento clínico, a Equipe de Saúde Bucal realiza:	
VI. 7.6	No acolhimento, a Equipe de Saúde Bucal:	Escuta a queixa do usuário
		Avalia a necessidade de saúde do usuário (Geral)
		Agenda a consulta do usuário para outro dia/turno (Geral)
		Realiza atendimento clínico (Geral)
		Encaminha o usuário para outro serviço
		Não realiza acolhimento
VI.7.7	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam acolhimento conjuntamente com a equipe de Atenção Básica?	Sim
		Não
VI.7.8	A Equipe de Saúde Bucal utiliza protocolos/critérios para conduta no acolhimento?	Sim
		Não
VI.7.9	Qual é o principal fluxo para o acolhimento do usuário?	O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha
		O usuário é atendido por ordem de chegada
		A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade (Geral)
		Outros
VI.7.10	Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
		Não
VI.7.11	Qual é a principal forma de agendamento da primeira consulta odontológica?	Na recepção da UBS, junto com o agendamento para os demais profissionais
		No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal
		Pelo Agente Comunitário
		Outros
VI.7.12 - Geral	Qual a principal forma de marcação de	A próxima consulta é marcada no

	consulta para a continuidade do tratamento odontológico?	final da consulta anterior
		A próxima consulta é marcada pela Equipe de Saúde Bucal e depois comunicada para o usuário
		A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)
		É solicitado ao usuário que venha a UBS no dia de marcação de consulta para Saúde Bucal (sem agendamento prévio)
		No dia da consulta é preciso ficar na fila e pega senha para o atendimento
		Outro(a)
VI.8 - Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal (TSB)		
VI.8.1	A Equipe de Saúde Bucal possui Técnico em Saúde Bucal?	Sim
		Não
VI.8.2	Quais as ações que o Técnico em Saúde Bucal realiza?	Visitas domiciliares
		Acolhimento
		Inserção e distribuição de materiais odontológicos no preparo cavitário de restaurações dentárias diretas
		Remoção do biofilme
		Tomadas radiográficas
		Limpeza e antisepsia do campo operatório
		Nenhuma das Anteriores
VI.9 - Processo de Trabalho do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)		
VI.9.1	A equipe possui Auxiliar em Saúde Bucal?	Sim
		Não
VI.9.2	Quais as ações que o Auxiliar em Saúde Bucal realiza?	Visitas domiciliares
		Acolhimento
		Limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho
		Processamento do filme radiográfico
		Seleção de moldeiras
		Preparo de modelos em gesso
		Nenhuma das anteriores
VI.10 - Relação da ESB com outros Pontos da Rede de Atenção de Saúde		
VI.10.1 - Geral	Existe oferta de atendimento de urgência odontológica na rede de saúde nos horários em que a equipe de saúde bucal não trabalha?	Sim
		Não
VI.10.2 - Geral	Existe oferta de consultas especializadas na rede de saúde para que a equipe de saúde bucal possa encaminhar o usuário?	Sim
		Não
VI.10.3 - Estratégico	A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?	Sim
		Não

Vi.10.4 - Geral	O cirurgião-dentista encaminha os usuários para os especialistas com informações sobre o atendimento?	Sim
		Não
Vi.10.4/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
Vi.10.5	A Equipe de Saúde Bucal obtém contrarreferência dos especialistas dos usuários encaminhados com informações sobre o atendimento?	Sim
		Não
Vi.10.6 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção?	Sim
		Não
Vi.10.6/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.11 - Atenção ao Câncer de Boca		
Vi.11.1 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e diagnóstico do câncer de boca?	Sim
		Não
Vi.11.2	Quais ações são realizadas?	Orientação sobre o uso do tabaco
		Orientação sobre o uso do álcool e outras drogas
		Orientação sobre a prevenção da exposição à radiação solar
		Busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis e de casos na comunidade
		Exame sistemático das mucosas orais
		Outras
Vi.11.3 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal realiza biópsias, na UBS, para diagnóstico de câncer de boca?	Sim
		Não
Vi.11.4 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui laboratório de referência para exames histopatológicos?	Sim
		Não
Vi.11.5	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para solicitação de biópsia para casos com suspeita de câncer de boca?	Sim
		Não
Vi.11.6 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos pacientes com suspeita de câncer de boca que foram biopsiados na UBS ou encaminhados para o serviço de referência?	Sim
		Não
		A equipe não possui pacientes com suspeita de câncer de boca
Vi.11.6/1 - Geral	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
Vi.11.7 - Geral	A Equipe de Saúde Bucal monitora os pacientes submetidos à biópsia para avaliação do resultado do exame?	Sim
		Não
Vi.11.8	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca?	Sim
		Não
Vi.11.8/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
Vi.11.9 - Geral	Após a referência do usuário para o tratamento, a Equipe de Saúde Bucal acompanha e monitora a continuidade do cuidado?	Sim
		Não
Vi.11.10	A rede de atenção à saúde disponibiliza próteses de maxila e/ou mandíbula para os pacientes submetidos à remoção cirúrgica dos	Sim
		Não
		Não sabe informar

	maxilares?		
--	------------	--	--

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 340, de 04 de fevereiro de 2013**. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mantenha seu sorriso: fazendo a higiene bucal corretamente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cartilha). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cartilha_mantenha_seu_sorriso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Comunicação. **Manual de Identidade Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>>.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>.

ANEXOS

Anexo A - Lista de Documentos para Comprovação das Ações da Equipe

Número do Padrão de qualidade	Documento
II.2.0.2	Termo de compromisso assinado pela equipe ou representante da equipe de AB.
II.6.2	Mapa do território da equipe.
II.7.1	Mostrar relatório operacional de cadastro territorial ou ficha ou prontuário que indique que o mesmo está organizado por núcleo familiar.
II.7.3	Mostrar a tela do prontuário eletrônico no computador, <i>tablet</i> ou <i>smartphone</i> .
II.8.3	Planilha, relatório, matriz que conste as ações de planejamento da equipe.
II.8.8	Apresentar preenchido o instrumento utilizado para autoavaliação. No caso do AMAQ impresso, deverá apresentar os padrões preenchidos como também a matriz de intervenção. Para o AMAQ eletrônico (on line) não será necessário comprovar no momento da avaliação externa, as informações utilizadas para a certificação serão captadas através do banco de dados nacional do AMAQ eletrônico.
II.10.6	Protocolo ou documento similar sobre acolhimento.
II.11.14	Carteira de serviço ou documento similar com os serviços ofertados para os usuários.
II.14.1	Planilha, relatório, caderno que conste o procedimento coleta de citopatológico.
II.14.2	Planilha, relatório, caderno, lista que conste o número de mulheres com citopatológico atrasado no território da equipe.
II.14.3	Planilha, relatório, caderno, lista que conste as mulheres com citopatológico alterado no território da equipe.
II.14.4	Planilha, relatório, caderno, lista que conste as mulheres com exame de mamografia ou ultrassom mamária alterada no território da equipe.
II.15.1	Relatório, agenda que conste consultas de pré-natal.
II.17.8	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários com hipertensão classificados conforme risco.
II.17.10	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários com hipertensão classificados conforme risco encaminhados para outros serviços de saúde.
II.18.4	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários com diabetes classificados conforme risco.
II.18.7	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários com diabetes classificados conforme risco encaminhados para outros serviços de saúde.
II.20.5	Planilha, caderno, lista com a notificação dos usuários com suspeita ou confirmação de tuberculose.
II.21.4	Planilha, caderno, lista com a notificação dos usuários com suspeita ou confirmação de hanseníase.
II.22.7	Mapa, planilha, relatório que conste os locais de maior risco de transmissão vetorial (áreas/locais que tem maior possibilidade de proliferação do mosquito).
II.23.2	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários em sofrimento psíquico / Usuários de crack, álcool e outras drogas / Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores de humor do território da equipe.
II.23.4	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários em sofrimento psíquico / Usuários de crack, álcool e outras drogas / Usuários em uso crônico de

	benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores de humor classificados conforme risco encaminhados para outros serviços de saúde.
II.24.1	Planilha, relatório, caderno, lista que conste o número de pessoas com deficiência no território da equipe.
II.24.2	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários com deficiência encaminhados para outros pontos de atenção.
II.26.3	O Guia Alimentar para a População Brasileira.
II.28.3	Planilha, relatório, matriz que conste as ações de planejamento da equipe conjuntamente com os profissionais de educação.
II.31.4	Planilha, relatório, caderno, lista que conste os usuários (de população rural, indígena e comunidades tradicionais) classificados conforme risco encaminhados para outros serviços de saúde.
II.32.2	Planilha, relatório, caderno, formulário, caixa que possibilite o usuário fazerem reclamações, sugestões ou elogios ao serviço.
II.32.5	Relatório, caderno, ata que conste as reuniões do conselho local.
IV.2.4/1	Termo de compromisso assinado pela equipe ou pelo representante do NASF.
IV.3.2/1	Ata de reunião, lista de presença, fichas preenchidas do e-SUS ou outro sistema, relatórios de prontuário eletrônico, cronograma das reuniões entre referência/coordenação e equipe NASF.
IV.4.1/1	Atas de reunião, listas de presença, fichas preenchidas do e-SUS ou outro sistema, relatórios de prontuário eletrônico, cronograma das reuniões entre NASF e equipes de Atenção Básica.
IV.5.4/1	Planilhas, listas, cadernos de registro com a relação de casos encaminhados a especialistas com respectivas datas e classificação de prioridades.
IV.5.12/1	Listas de presença, fichas preenchidas do e-SUS ou outro sistema, relatórios de prontuário eletrônico, cronograma das atividades entre NASF e outras equipes de saúde.
IV.6.1/1	Listas de presença, fichas preenchidas do e-SUS ou outro sistema, relatórios de prontuário eletrônico, cronograma das atividades entre NASF e outros setores sociais ou entidades da sociedade civil.
IV.7.2/1	Atas de reunião, listas de presença, fichas preenchidas do e-SUS ou outro sistema, relatórios de prontuário eletrônico de reuniões de planejamento entre NASF e equipes de Atenção Básica.
IV.7.4/1	Documento que contenha indicadores que o município utiliza para monitorar a produção do NASF (exemplo: planilhas, relatórios ou outros documentos gerados periodicamente).
IV.7.6/1	O próprio instrumento de Autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado além de uma matriz de intervenção ou plano de ação.
IV.7.7.1/1	Fichas preenchidas do e-SUS ou outro sistema, listas, planilhas, cadernos de registros, relatórios de prontuário eletrônico que constem consulta compartilhada entre NASF e equipes de Atenção Básica.
IV.7.7.2/1	Fichas preenchidas do e-SUS, listas, planilhas, cadernos de registros, relatórios de prontuário eletrônico, outros relatórios que constem atendimento em grupos terapêuticos ou operativos.
IV.7.7.5/1	Listas, cadernos/livros de registro, planilha, fichas preenchidas do e-SUS que constem a construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

IV.7.8/1	Protocolos, fluxogramas ou documento norteador com definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional do NASF.
VI.3.3	Mapa do território da equipe.
VI.4.1	Apresentar planilha, plano de ação ou outro documento que comprove que a ESB realiza o planejamento de suas ações.
VI.4.2	Apresentar planilha, plano de ação ou outro documento que comprove que a ESB realiza reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica.
VI.4.3	Apresentar relatório ou planilha ou lista ou outro documento que comprove a investigação do perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território. Exemplo: Classificação de risco de cárie dentária, índices CPO-D ou ceo-d, Índice de Higiene Oral Simplificado, Autopercepção de saúde bucal, Índice Periodontal Comunitário, Alteração de tecido mole.
VI.4.4	Apresentar ata de reunião, evolução em prontuário ou plano terapêutico que comprove a discussão de casos e de projetos terapêuticos.
VI.4.6	Apresentar instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado (ex.: Matriz de Intervenção do AMAQ; Plano de Ação).
VI.6.2	Mostrar a tela do prontuário eletrônico no computador, <i>tablet</i> ou <i>smartphone</i> .
VI.6.8	Apresentar ficha com odontograma anexada ao prontuário familiar ou na tela do prontuário eletrônico.
VI.10.4	Apresentar relatório ou planilha ou lista contendo informações que comprovem o registro dos usuários encaminhados para especialistas com informações sobre o atendimento.
VI.10.6	Apresentar lista de pacientes encaminhados para outros pontos de atenção da rede de saúde.
VI.11.6	Apresentar listados dos pacientes que foram biopsiados na UBS ou encaminhados para o serviço de referência.
VI.11.8	Apresentar lista de centros de referência para o tratamento dos casos confirmados de câncer de boca.

Anexo B - Lista das Universidades da Avaliação Externa do PMAQ

Lista de Universidades responsáveis pela coleta de dados do 3º Ciclo do PMAQ		
Estado	Universidade Principal	Universidade Parceira no Estado
AC	UFMG	Universidade Federal do Acre
AL	FIOCRUZ	Universidade Federal de Alagoas
AL	FIOCRUZ	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
AM	FIOCRUZ	Fiocruz Amazônia
AM	FIOCRUZ	Universidade Federal do Amazonas
AP	FIOCRUZ	Universidade Federal do Amapá
BA	UFBA	Universidade Federal da Bahia
CE	UFRN	Rede de Universidades do Estado do Ceará
DF	UFPEL	Universidade de Brasília
ES	FIOCRUZ	Universidade Federal do Espírito Santo
GO	UFPEL	Universidade Federal de Goiás
MA	UFPEL	Universidade Federal do Maranhão
MG	UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
MS	UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
MT	UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso
MT	UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
PA	UFPA	Universidade Federal do Pará
PB	UFPI	Universidade Federal da Paraíba
PB	UFPI	Universidade Federal do Piauí
PE	FIOCRUZ	Fiocruz Pernambuco
PE	FIOCRUZ	Universidade Federal de Pernambuco
PE	FIOCRUZ	Universidade Federal do Vale do São Francisco
PI	UFPI	Universidade Federal do Piauí
PR	FIOCRUZ	Escola de Saúde Pública do Paraná
PR	FIOCRUZ	Universidade Estadual de Londrina
PR	FIOCRUZ	Universidade Estadual de Ponta Grossa
PR	FIOCRUZ	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
RJ	FIOCRUZ	Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública
RJ	FIOCRUZ	Universidade Federal Fluminense
RN	UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
RO	UFMG	Universidade Federal de Rondônia
RR	FIOCRUZ	Universidade Federal de Roraima
RS	UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
SC	UFPEL	Universidade Federal de Santa Catarina
SE	UFS	Universidade Federal de Sergipe
SP	UFMG	Rede de Universidades do Estado de São Paulo
TO	FIOCRUZ	Universidade Federal do Tocantins