

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



Programa de Melhoria
do Acesso e da Qualidade

MANUAL INSTRUTIVO PARA
AS EQUIPES DE ATENÇÃO
BÁSICA E NASF

Brasília - DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

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

Manual Instrutivo **3º Ciclo (2015 - 2016)**



Ficha Catalográfica

Supervisão geral:

Eduardo Alves Melo

Coordenação Técnica Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa

José Eudes Barroso Vieira

Revisão Técnica:

Allan Nuno Alves de Sousa

Dirceu Ditmar Klitzke

José Eudes Barroso Vieira

Patrícia Araújo Bezerra

Pauline Cavalcanti

Rozangela Camapum

Elaboração Técnica:

Aliadne Castorina Soares de Sousa

Allan Nuno Alves de Sousa

Antonio Barbosa de Araujo Junior

Brena Tostes de Cerqueira

Danillo Fagner Vicente de Assis

Davilyn Santos Oliveira dos Anjos

Edson Hilan Gomes de Lucena

Graziela Tavares

José Eudes Barroso Vieira

Larissa Gabrielle Ramos

Mara Lucia dos Santos Costa

Olivia Lucena de Medeiros

Pauline Cavalcanti

Renata Pella

Thaís Alessa Leite

Sumário

Lista de Abreviações	6
1. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	7
2. Atenção Básica em Saúde	11
3. Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	15
3.1 Adesão e Contratualização ou Recontratualização das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizadas, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	15
3.1.1. Fase de Adesão e Contratualização	15
3.1.2. Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família	18
3.1.3. Compromissos	21
3.1.4. Condições de Permanência no Programa	24
3.2 Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento	24
3.2.1. Autoavaliação	24
3.2.2. Monitoramento	26
3.2.3. Educação Permanente.....	29
3.2.4. Apoio Institucional	30
3.2.5. Cooperação Horizontal	32
4. Certificação.....	33
4.1 Avaliação Externa de Desempenho das Equipes de Saúde e Gestão da Atenção Básica	33
4.1.1 Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e de Atenção Básica Parametrizada	34
4.1.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	35
4.1.3 Padrões Essenciais, Estratégicos e Gerais	36
4.2 Método de Certificação.....	37
4.2.1 Padrões Essenciais	39
4.2.2 Padrões Estratégicos.....	41
5. Recontratualização.....	43
6. Referências	44
ANEXO A.....	46
1. Relação das Equipes de Atenção Básica aptas a contratualização no 3º ciclo do PMAQ.....	46
2. Relação das Equipes NASF aptas a contratualização ao 3º ciclo do PMAQ.....	46
ANEXO B.....	47
1. Eixo: Acesso e continuidade do cuidado.....	47

1.1. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante	47
1.2. Percentual de atendimentos de demanda espontânea	49
1.3. Percentual de atendimentos de consulta agendada	51
1.4. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada.....	53
1.5. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero	56
1.6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática	58
2. Eixo: Coordenação do cuidado.....	60
2.1. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	60
3. Eixo: Resolutividade	62
3.1. Percentual de encaminhamentos para serviço especializado	62
3.2. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas .	64
4. Eixo: Abrangência da oferta de serviços	66
4.1. Percentual de serviços essenciais em Atenção Básica realizados	66
4.2. Percentual de serviços essenciais em Saúde Bucal realizados	69
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	72
1.1 Índice de atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	72

Lista de Abreviações

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAB – Equipe de Atenção Básica
EAB Parametrizada – Equipe de Atenção Básica Parametrizada
ESB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB – Piso da Atenção Básica
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SF – Saúde da Família
SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Termo de Compromisso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade da Federação

1. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

A Atenção Básica no Brasil garante cobertura com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a mais de 100 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população. São aproximadamente 39 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 600 mil profissionais atuando em todos os municípios do país.

Na última década tivemos um extraordinário aumento da cobertura com investimento tripartite na Saúde da Família, estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica no Brasil. Recentemente, 05 esforços foram centrais para colocar a Atenção Básica (AB) na centralidade da agenda de gestores das três esferas de governo:

1. A afirmação da AB como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado prestado na rede de serviços;
2. O aumento expressivo do financiamento e investimento por parte do Ministério da Saúde e a mudança de seu formato instituindo um componente de equidade, de indução de modelo, de qualidade e de infraestrutura e modernização;
3. A ampliação do leque do que é compreendido como Estratégia de Saúde da Família permitindo que a estratégia possa retomar o seu crescimento e a expansão, se adequando à diversidade nacional e se adaptando à singularidades de grupos e populações específicas e vulneráveis;
4. Importante investimento em infraestrutura, informatização e unificação e modernização dos sistemas de informação;
5. A criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação, educação permanente, cooperação horizontal, apoio institucional, monitoramento e certificação.

Progressivamente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso foram articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é produto e síntese desse contexto ¹.

O PMAQ se insere em um contexto no qual o Governo Federal, crescentemente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre as iniciativas, destaca-se o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal, avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. 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.

¹ As portarias GM/MS nº 1.645, de 02 de outubro 2015, dispõe sobre as regras do PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (incluindo aquelas com saúde bucal) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O principal objetivo do Programa é induzir 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.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS.

Dentre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se:

I - Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;

II - Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

III - Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

IV - Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V - Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;

VI - Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII - Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII - Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX - Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

XI - Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

Considerando todos esses desafios, assim como os avanços alcançados pela Política Nacional de Atenção Básica nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, estruturou o desenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica a partir de sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento:

- I. Possuir parâmetro de comparação entre as Equipes considerando as diferentes realidades de saúde: Um importante elemento que sempre deve estar presente em processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismos que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversificados serviços de Atenção Básica, respeitando os diferentes contextos.
- II. Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes: a escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes e gestão considerou a experiência e os resultados obtidos nos ciclos anteriores com revisão e categorização dos padrões observados na avaliação externa, conforme detalhado posteriormente.
- III. Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade: O processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal, das Equipes participantes do PMAQ pode ser acompanhado pelos estados, municípios e sociedade civil organizada, dentre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab.
- IV. Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal ², municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica: Desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e equipes deverão se responsabilizar por ações que poderão qualificar o processo de trabalho da gestão e dos trabalhadores da Atenção Básica. Os usuários também estarão envolvidos no Programa, na medida em que participarão das mudanças por meio do acompanhamento e do debate a respeito do desempenho das equipes e gestão municipal, em espaços como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Além disso, duas importantes dimensões estarão presentes no processo de avaliação: a

² No presente documento, o Distrito Federal será tratado como município e a gestão local de saúde do Distrito Federal será tratada como gestão municipal, para evitar a repetição da especificidade do DF ao longo de todo o seu conteúdo

avaliação da satisfação dos usuários a respeito das Equipes participantes do Programa e a satisfação das EAB a respeito dos NASF participantes do PMAQ.

- V. Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: Um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das equipes, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população.
- VI. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários: Todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por esta para os usuários e os trabalhadores. Tendo como referência os princípios da Atenção Básica, o Programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas no modo de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das equipes. O Programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores. Busca mobilizá-los, ofertar e provocar estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos trabalhistas, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária além de convidá-la à participação, mediante a constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação, que nortearão a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.
- VII. Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos: A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõe o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

2. Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

A Atenção Básica é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Seus princípios e diretrizes principais são:

I - Territorialização e Responsabilização Sanitária

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito ao papel que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adstrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades.

II - Adscrição dos Usuários e Vínculo

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de co-responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

III - Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial

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

IV - Cuidado Longitudinal

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

V - Ordenação da Rede de Atenção à Saúde

A Atenção Básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da RAS. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. A ordenação da RAS, dessa forma, implica também em que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico sejam elaborados e implantados com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

VI - Gestão do Cuidado Integral em Rede

O vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há que se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e um alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário, em que o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

VIII - Resolutividade

A resolutividade dos serviços de Atenção Básica diz respeito à capacidade de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde da população, com a solução de problemas de saúde do usuário, ofertando desde a consulta inicial e demais procedimentos na AB até o encaminhamento qualificado ao atendimento especializado, quando necessário. Isto inclui o incremento de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades clínicas das equipes de saúde.

A Atenção Básica é capaz de resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961) e para isso deve buscar sempre melhor desempenho nos resultados em saúde, com organização do serviço e integração com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta articulação é importante, considerando que a AB é apenas um ponto de atenção e que, algumas vezes, a conduta mais adequada será o encaminhamento a outro serviço para continuidade do atendimento, considerando sempre a melhor trajetória para o usuário dentro da rede.

A efetivação da Atenção Básica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde tem forte relação com a capacidade desse serviço acolher seus usuários, responsabilizando-se pelo seu cuidado e solucionando

seus problemas, ou seja, sendo resolutiva. Para que as equipes de Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, é necessário que gestores e trabalhadores analisem e intervenham, de acordo com a sua realidade, sobre alguns aspectos:

1. Ações ofertadas pela equipe de Atenção Básica na UBS

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), é diretriz da AB: “Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde”. Supera-se com isso a ideia de que as equipes de Atenção Básica devam atuar somente em áreas estratégicas (hipertensão arterial, diabetes, saúde da criança e a saúde da mulher) e reforça que esse serviço seja organizado também a partir das demandas de cuidado da população (consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, incluído o atendimento de urgências/emergências; realização de exames complementares; procedimentos clínicos e pequenas cirurgias).

A adoção de estratégias que ampliam o escopo dos serviços ofertados passa também pela disponibilidade de especialidades na Atenção Básica, a exemplo dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família que atuam em conjunto com os profissionais da equipe de atenção básica, compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios.

2. Coordenação do Cuidado:

A Atenção Básica é o ponto da rede de atenção à saúde de maior capilaridade por estar mais próximo dos cidadãos. Essa característica lhe atribui papel central na gestão e coordenação do cuidado, para tanto é fundamental a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais da equipe e os usuários, de forma a garantir o acesso e continuidade do cuidado em tempo oportuno, não submetendo-os a encaminhamentos equivocados, desnecessários ou sem corresponsabilidade, que os deixe percorrendo de forma errática os serviços de saúde do território. Coordenar o cuidado consiste em articular as ações de saúde entre os serviços disponíveis dentro da rede de saúde, norteado, especialmente, pelas necessidades das pessoas.

Alguns mecanismos podem auxiliar na efetivação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica: a) implementar fluxos de encaminhamento tendo a equipe como centro do cuidado ao usuário; b) aprimoramento da comunicação entre os serviços de saúde; c) implementar prontuário eletrônico para qualificar o registro e possibilitar melhor compartilhamento das informações clínicas necessária para qualificação das condutas e integração do cuidado.

3. Estruturação de processos de educação permanente

Para que a Atenção Básica cumpra seu papel de acolher e resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, é fundamental que os profissionais das equipes aprimorem constantemente a capacidade de análise das situações e de sua intervenção. Para isso, podem contar com momentos de educação permanente que propiciem discussão, aprofundamento e atualização de conhecimentos/competências e habilidades.

O apoio matricial é uma potente ferramenta neste sentido, pois contribui com o aumento da capacidade de cuidado das equipes, para ampliar o escopo de suas ofertas, bem como no auxílio para articulação com outros pontos de atenção da rede. Esse apoio deve se dar a partir das necessidades, dificuldades ou limites das equipes de Atenção Básica de prestar assistência aos usuários e responsabilizar-se pelo seu cuidado.

A utilização da estratégia Telessaúde também traduz-se em uma oferta para contribuir com os processos de educação permanente, por ser um recurso utilizado pela equipe para sanar dúvidas pontuais ou para obter a opinião de outro profissional sobre o manejo de um caso, via teleconsultoria solicitada pela plataforma virtual ou por telefone (0800-6446543). Trata-se de uma ferramenta de comunicação disponível para os profissionais da Atenção Básica que possibilita apoio na decisão da intervenção clínica, ampliando assim a capacidade de cuidado da equipe, reduzindo custos e tempo de deslocamentos dos usuários. A teleconsultoria pode ampliar a capacidade resolutiva de quem as solicita, pois é uma atividade de “apoio assistencial com caráter educacional.” (BRASIL, 2012, p.35). Neste sentido, a teleconsultoria pode auxiliar, dentre outras questões:

- Na resolução da demanda do profissional da Atenção Básica por meio de respostas diretas a dúvidas concretas e,
- Na melhoria do acesso à atenção especializada no SUS, qualificando ou evitando encaminhamentos desnecessários com apoio da equipe de teleconsultores.

4. Recursos tecnológicos e uso de protocolos

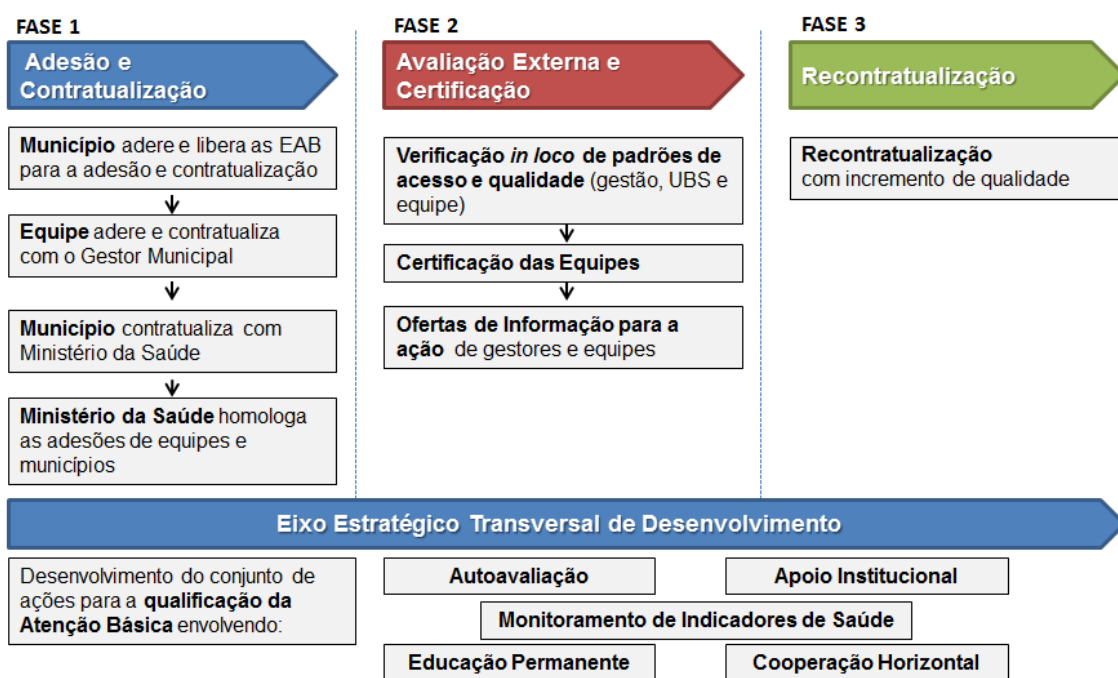
O aumento da capacidade resolutiva das equipes de Atenção Básica envolve a disponibilidade de equipamentos e insumos para apoio diagnósticos/terapêuticos, além da existência e uso de protocolos clínicos e de encaminhamento. Para tanto é importante que sejam realizados investimentos na estrutura física e de equipamentos das UBS, além da pactuação de fluxos de atendimento e encaminhamento, considerando a rede de serviços locorregional, visando a qualificação da assistência prestada, integração e articulação dos serviços. O uso de protocolos ou diretrizes clínicas auxilia os profissionais na avaliação de casos de difícil resolução, bem como na qualificação dos encaminhamentos.

3. Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

- 1 – Adesão e Contratualização
- 2 – Certificação
- 3 – Reconstrualização

Fases do PMAQ - 3º Ciclo



3.1 Adesão e Contratualização ou Reconstrualização das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizadas, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família

3.1.1. Fase de Adesão e Contratualização

No terceiro ciclo do PMAQ todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB³, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção

³ Os tipos de equipes que poderão aderir ao PMAQ no 3º Ciclo podem ser consultados no anexo A

básica. As adesões e (re)contratualizações ao PMAQ serão realizadas no Portal do Gestor no endereço eletrônico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>, em período pré-estabelecido, com data de início e término, divulgada no Portal do DAB <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.

Cabe salientar que a Adesão e (Re)contratualização das equipes será voluntária e pressupõem um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local.

Para as equipes participantes do segundo ciclo do PMAQ, ocorrerá o processo de recontratualização. A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão o planejamento de gestores e trabalhadores. É fundamental que o gestor municipal e equipes que participaram do segundo ciclo acessem os resultados da certificação nos relatórios descritivos e analíticos (ver no Portal do Gestor), fomentando sua utilização no planejamento local e municipal, além de redefinição dos processos prioritários de trabalho das equipes e gestão, com vistas ao fortalecimento da atenção básica.

O gestor municipal é o responsável pela confirmação da adesão e (re)contratualização das equipes do seu município. Todas as equipes de AB que participaram do segundo ciclo e que estão ativas em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES poderão ser recontratualizadas, com isso, será garantida a permanência no terceiro ciclo do PMAQ.

Para as novas adesões, será necessário que o município possua equipes de AB ou AB com saúde bucal ativas em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES e que não tenham participado do segundo ciclo do programa. Para essas equipes, o gestor municipal deverá ranqueá-las levando em consideração a sua prioridade para participar do programa. O ranqueamento **não** garante a participação no terceiro ciclo. O município deverá aguardar homologação final do Ministério da Saúde (MS) que publicará portaria homologando a quantidade de equipes a serem homologadas, conforme disponibilidade orçamentária. As equipes com médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil terão prioridade na homologação feita pelo MS.

A adesão e (re)contratualização das modalidades AB e SB será conjunta, não sendo possível aderir e (re)contratualizar uma sem a outra. Para os NASF, mesmo os que já participaram do segundo ciclo, serão realizadas novas adesões. Dessa forma, será necessário que o município possua NASF ativos em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES.

Não será possível que uma equipe de Saúde Bucal realize a adesão e (re)contratualização separadamente do conjunto da equipe de atenção básica

A adesão e contratualização dos NASFs no terceiro ciclo está condicionada a participação das equipes de atenção básica. Portanto, para que haja homologação dos NASF no PMAQ será necessário que as Equipes de Saúde da Família (eSF) que possuam NASFs vinculados no CNES, em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015), tenham sua adesão e (re)contratualização ao PMAQ confirmada pelo gestor municipal no sistema.

Para homologar a adesão dos NASF será considerada como critério a participação do número mínimo de equipes EAB, por modalidade:

NASF modalidade 1 – será necessária adesão e (re)contratualização concomitante de no mínimo 05 equipes saúde da família;

NASF modalidade 2 – será necessária adesão e (re)contratualização concomitante de no mínimo 03 equipes saúde da família;

NASF modalidade 3 – será necessária adesão e (re)contratualização da equipe de saúde da família apoiada pelo NASF.

O gestor municipal também deverá fazer o ranqueamento dos NASF levando em consideração a sua prioridade para participar do programa. O ranqueamento dos NASF **não** garante a participação no terceiro ciclo, o gestor deverá ficar atento, pois a homologação do NASF dependerá da participação das EAB. O município deverá aguardar homologação final a ser publicada posteriormente pelo MS.

A Adesão e (Re)contratualização será realizada em duas etapas no sistema. Primeiro deve ser realizada a Adesão e (Re)contratualização de EAB (Etapa 1) e, posteriormente, do NASF (Etapa 2).

▪ Etapa 1

Na etapa 1, o sistema irá apresentar as equipes que podem ser recontratualizadas (aquelas que já participaram do segundo ciclo) em conformidade com o CNES, e o gestor irá manter selecionadas as equipes que devem participar do programa, finalizando a recontratualização.

Em seguida, o sistema irá apresentar as equipes que podem aderir e contratualizar (novas equipes) conforme o CNES, e o gestor deverá selecionar e ranquear as equipes para participar do programa, quando houver.

No caso dos municípios que já possuem todas as equipes participando do segundo ciclo **não** haverá adesão e contratualização de novas equipes. No fim da adesão e (re)contratualização haverá um termo de compromisso para o gestor municipal e um termo para as equipes. O termo da equipe deverá ser impresso para o número total de equipes aderidas e (re)contratualizadas. Esse termo será instrumento de pactuação entre a gestão e os trabalhadores, devendo estar assinado por todos os atores envolvidos no processo e ser apresentado no momento da avaliação externa. Por fim, o sistema irá gerar um arquivo em PDF com a lista de equipes Aderidas e (Re)contratualizadas. Vale lembrar que as equipes Aderidas e Contratualizadas (novas equipes) **não** têm garantia de homologação.

Após finalizada essa etapa **não** será possível entrar no sistema para refazê-la. Assim, é importante que o gestor saiba quais são os NASF que deseja aderir ao PMAQ para poder fazer a adesão das EAB de forma a ter relação com a adesão do NASF na etapa 2.

▪ Etapa 2

Concluída a Adesão e (Re)contratualização de EAB, será o momento de realizar a adesão dos NASF.

O sistema irá apresentar os NASF que podem aderir e contratualizar no PMAQ em conformidade com o CNES, e o gestor deverá selecionar e ranquear as equipes para participar do programa considerando as EAB que foram selecionadas na etapa 1.

No caso dos municípios que não possuem NASF no CNES **não** haverá adesão e contratualização de novas equipes. Por fim, o sistema irá gerar um arquivo em PDF com a lista de NASF Aderidas e Contratualizadas. Vale lembrar que as equipes Aderidas e Contratualizadas não têm garantia de homologação.

Após finalizada essa etapa **não** será possível entrar no sistema para refazê-la.

O município receberá, mensalmente R\$ 2.200,00 do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por cada equipe contratualizada, mediante transferência fundo a fundo, após publicada portaria específica de homologação da adesão e (re)contratualização das equipes e municípios participantes do terceiro ciclo do PMAQ pelo Ministério da Saúde.

O município receberá, mensalmente, o Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por cada equipe contratualizada:

- a. Atenção Básica sem Saúde Bucal - R\$ 1.700,00,
- b. Atenção Básica com Saúde Bucal - R\$ 2.200,00
- c. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo I - R\$ 1.000,00
- d. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo II - R\$ 600,00;
- e. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo III - R\$ 400,00),

mediante transferência fundo a fundo, após publicada portaria específica de homologação da adesão e (re)contratualização das equipes e municípios participantes do terceiro ciclo do PMAQ pelo Ministério da Saúde.

Após a homologação da adesão e contratualização/recontratualização das equipes do município, realizada pelo MS, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS)⁴, à Comissão Intergestores Regional (CIR)⁵ e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁶.

3.1.2. Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é, desde 1994, a opção brasileira para expansão e fortalecimento da Atenção Básica. Desde então, observamos um importante aumento de sua cobertura e, ao mesmo tempo, do acesso global a serviços, insumos e ações em saúde.

No entanto, vários municípios, sobretudo aqueles localizados na região centro-sul do país, na década de 1990, já possuíam importantes redes de Atenção Básica implantadas, responsáveis pelo cuidado de um número expressivo de brasileiros. Esses serviços cobrem de 10% a 20% da população, conforme o critério que se use. Nesse cenário, com o objetivo de qualificar toda a Atenção Básica do país, o Ministério da Saúde considera a necessidade de incorporar as Equipes de Atenção Básica organizadas em outras modalidades nos processos de qualificação, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no Programa.

Após amplo debate e pactuação tripartite, o Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos para que as EAB organizadas de maneira diferente da ESF possam aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O conjunto de parâmetros construídos consideram núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.

⁴ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Conselho de Saúde do Distrito Federal.

⁵ Ou comissão, conselho ou comitê análogo, presente no estado.

⁶ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

Conforme descrito nas diretrizes do PMAQ, todas as Equipes de Atenção Básica participantes do Programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita por EAB.

Para efeitos de parametrização no PMAQ, a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da ESF ficará condicionada ao seu cadastramento no CNES, agrupando os profissionais de nível superior, de acordo com as faixas de carga horária dispostas no quadro 01:

Quadro 01 – Equivalência de Equipes de Atenção Básica que se organizam de maneira diferente da ESF com Equipes de Saúde da Família.

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Equivalência com a ESF
70 horas	60 horas	1 Equipe de SF
100 horas	80 horas	2 Equipes de SF
150 horas	120 horas	3 Equipes de SF

Uma Unidade Básica de Saúde que possuir a quantidade de profissionais médicos cuja carga horária somada ultrapasse às 150 horas, e a de profissionais enfermeiros ultrapasse às 120 horas poderá conformar mais de uma EAB. Em uma situação na qual a soma da carga horária dos médicos de uma UBS chegue a 220 horas e a de enfermeiros chegue a 180 horas, essa unidade poderá conformar uma EAB (150 horas médicas e 120 horas de enfermagem) que equivale a três equipes de SF, mais uma EAB (70 horas médicas e 60 horas de enfermagem) que equivale a uma equipe de SF. Alternativamente, essa mesma unidade poderá conformar duas EAB⁷, sendo que cada uma delas equivale a duas equipes de SF.

Nos casos em que existirem ações em saúde bucal, e a adesão da EAB estiver vinculada a uma ESB, a carga horária do cirurgião dentista deverá estar de acordo com as faixas descritas no quadro abaixo:

Quadro 02 - Equivalência de Equipes de Saúde Bucal que se organizam de maneira diferente da ESF com Equipes de Saúde Bucal da ESF.

Soma da Carga Horária Mínima de Cirurgião Dentista	Equivalência com a ESF
40 horas	1 Equipe de SF
80 horas	2 Equipes de SF
120 horas	3 Equipes de SF

O valor de transferência do Componente de Qualidade do PAB Variável, por EAB que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecerá à equivalência descrita nos quadros acima. Nos casos em que a EAB equivale a três equipes da Saúde da Família, o gestor municipal receberá mensalmente o valor referente a três EAB do Componente de Qualidade do PAB Variável.

⁷ Nesse caso, a distribuição da carga horária médica e de enfermagem por EAB poderá se dar de diferentes maneiras. Exemplo: (a) duas equipes com 110 horas médicas e 90 horas de enfermagem cada; (b) uma equipe com 100 horas médicas e 80 horas de enfermagem e outra com 120 horas médicas e 100 horas de enfermagem; etc.

Para a parametrização, a composição das EAB deve ainda atender às seguintes regras:

- 1) Os profissionais médicos que serão considerados para a composição da equipe são:
 - a. Generalista;
 - b. Clínico;
 - c. Pediatra;
 - d. Ginecologista-obstetra.
- 2) Será obrigatória a presença do profissional médico generalista ou clínico e a soma da carga horária desses profissionais deve ser igual ou maior do que a soma da carga horária dos demais profissionais médicos. Por razões demográficas, a necessidade de médicos que atendem a população adulta (generalista ou clínico) é maior do que a de médicos que atendem crianças (pediatra) e aspectos específicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres (ginecologista-obstetra);
- 3) A presença do ginecologista-obstetra é opcional e quando não houver o mesmo na equipe, as ações de atenção integral à saúde da mulher serão realizadas pelo generalista e/ou clínico e enfermeiro, conjuntamente;
- 4) Os profissionais médicos generalistas, clínicos e pediatras, assim como enfermeiros e cirurgiões dentista deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 20 horas semanais;
- 5) O profissionais médicos ginecologista-obstetras, quando presentes, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 10 horas semanais.

Cada equipe poderá ter diferentes faixas de população adscrita, devendo ter relação com as faixas de carga horária dos profissionais. O gestor municipal deverá definir a população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, ela deverá cadastrar sua população e passar a alimentar, de maneira regular e consistente, no SISAB/eSUS AB, o conjunto de informações necessárias para o monitoramento de suas ações. Para essa modalidade de AB, os dados cadastrais poderão ser inseridos em uma única micro-área e vinculados não necessariamente a um ACS, mas a qualquer profissional da Equipe de Atenção Básica.

Um mesmo profissional poderá estar vinculado a duas UBS e até dois municípios diferentes, desde que sua carga horária global não ultrapasse os limites estabelecidos pela regulamentação do setor.

No que se refere à população adscrita por Equipe de Atenção Básica, o Ministério da Saúde considerará para o Programa as faixas de população adscrita, em relação à composição da carga horária de profissionais médicos e enfermeiros, conforme descrito no quadro a seguir:

A distribuição de carga horária dos profissionais médicos (generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra) fica a cargo do gestor, devendo respeitar o perfil demográfico e epidemiológico local.

Quadro 03 – Faixas Populacionais Adscritas de Referência conforme Carga Horária Mínima de Médicos e Enfermeiros em Equipes de Atenção Básica Parametrizadas.

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Faixas populacionais adscritas de referência (habitantes)	
		Mínima	Máxima
70 horas	60 horas	3.450	7.000
100 horas	80 horas	7.001	10.000
150 horas	120 horas	10.001	15.000

3.1.3. Compromissos

Ao completar a etapa de contratualização no sistema de adesão ao PMAQ, os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade no âmbito da atenção básica. São compromissos das equipes e dos três entes de gestão:

I – Compromissos das Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de saúde bucal e NASF):

- i. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- ii. Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;
- iii. Alimentar o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica/e-SUS-SISAB de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe e segundo os critérios do Manual Instrutivo;
- iv. Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
- v. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;
- vi. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
- vii. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde;
- viii. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal.

II – Compromissos do Município/Distrito Federal:

- i. Garantir a composição mínima da(s) Equipe(s) de Atenção Básica (incluindo as equipes de saúde bucal e do(s) Núcleo(s) de Apoio a Saúde da Família) participante(s) do Programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- ii. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada Equipe de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do NASF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas nos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo Programa;
- iii. Realizar pactuação com os profissionais da(s) equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF para contratualizar a participação no PMAQ;
- iv. Aplicar os recursos do Programa em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica;
- v. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipes de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF;
- vi. Instituir Processos de Autoavaliação da Gestão e da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participante(s) do Programa;
- vii. Implantar Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, ao(s) NASF no município;
- viii. Realizar ações de Educação Permanente com/para a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, o(s) NASF;
- ix. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada na(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde;
- x. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (eSUS AB/SISAB), com informações referentes a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal e NASF participante(s) do Programa, permitindo o seu monitoramento permanente;
- xi. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município;
- xii. Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participantes do Programa, recebendo as equipes de avaliadores da qualidade e auxiliando-os no contato com as equipes a serem avaliadas, quando necessário;
- xiii. Utilizar os resultados dos indicadores e da avaliação externa para auxiliar na pactuação de prioridades de investimentos para melhoria da qualidade na Atenção Básica.

III – Compromissos das Gestões Estaduais:

- i. Instituir mecanismos de Apoio Institucional aos municípios participantes do Programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica;
- ii. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no estado;
- iii. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do Programa no estado, de acordo com suas diretrizes;
- v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica;
- vi. Contribuir com a coordenação nacional do processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas às equipes participantes do Programa, por meio do CONASS;
- vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de co-financiamento estadual da Atenção Básica, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica.

IV – Compromissos do Ministério da Saúde:

- i. Assegurar a efetiva implementação do Programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente Qualidade do PAB Variável, de acordo com as regras do Programa;
- iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos municípios no Programa.
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de Apoio Institucional para subsidiar a implantação do Programa;
- v. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- vi. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no país;
- vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do Programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;
- viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas às equipes participantes do Programa;
- ix. Coordenar o processo de reconstrução de ações para melhoria da qualidade da Atenção Básica, com cada Equipe de Atenção Básica participante do Programa, a partir do seu desempenho no processo de Certificação.

3.1.4. Condições de Permanência no Programa

São condições para permanência das equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ:

- I. As mesmas exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica vigente (Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011)⁸ e na portaria que regulamenta os valores de repasse financeiro para o NASF (Portaria GM/MS nº 548 de 04 de abril de 2013). Dentre elas, destaca-se o cadastramento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado;
- II. Alimentação do Sistema de Informação (e-SUS/SISAB AB);

3.2 Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento

O eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Para fins didáticos, esse eixo 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 programa.

O eixo de desenvolvimento está organizada em cinco dimensões:

- 1 – Autoavaliação;
- 2 – Monitoramento;
- 3 – Educação Permanente
- 4 – Apoio Institucional e
- 5 – Cooperação Horizontal.

3.2.1. Autoavaliação

A autoavaliação é o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Esse coletivo gestor da mudança deve utilizar a autoavaliação para identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento.

⁸ Para os casos de Equipes de Atenção Básica vinculadas a modalidades de organização diferentes da ESF que façam adesão como equipes parametrizadas, passam a valer exigências semelhantes em termos de funcionamento e alimentação dos sistemas de informação às das equipes de Saúde da Família, para efeitos de permanência no PMAQ.

Avaliar pode significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto. Frequentemente, a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. O PMAQ busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação e propõe a autoavaliação como instrumento que estimule o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo. Deve ainda ajudar a identificar demandas que o processo de mudança exigirá e, a partir disso, estabelecer diálogos, pedidos e compromissos com a gestão e a comunidade. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde.

Para as equipes que participaram do primeiro e segundo ciclo do PMAQ, é fundamental que a autoavaliação anterior e a Matriz de Intervenção elaborada sejam também analisadas, a fim de se observar os avanços entre um ciclo e outro, os desafios que persistem, a necessidade de mudança de estratégia de atuação e prioridades. Uma nova autoavaliação ganha sentido e efeito somente após essa análise. O mesmo cabe para a gestão municipal e Coordenação de Atenção Básica.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade, o qual varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (Uchimura & Bosi, 2002), é desejável que o instrumento de autoavaliação utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – profissionais, usuários e gestores – entendendo que todos são co-responsáveis pela qualificação do SUS. Para tanto, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com e por toda a equipe, utilizando-se instrumento composto por um conjunto de padrões de qualidade que consistem em declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da Atenção Básica. Dessa maneira, o instrumento de autoavaliação se configura em ferramenta com potencial pedagógico, caráter reflexivo e problematizador, em que a elaboração de soluções se dá a partir da identificação dos problemas pela equipe e gestão.

Visando instrumentalizar as equipes e a gestão municipal na realização da autoavaliação, foi desenvolvido o **aplicativo do AMAQ** pelo Ministério da Saúde. Com essa ferramenta é possível responder ao AMAQ e utilizar os recursos de construção da matriz de intervenção e geração de relatórios através do próprio sistema. A gestão municipal passará a ter acesso informatizado sobre quais equipes do seu município realizaram a autoavaliação, assim como obter informações sobre o desempenho das equipes em cada subdimensão, auxiliando a gestão na tomada de decisão para o desenvolvimento de ações para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Para o terceiro ciclo do PMAQ, o DAB realizou a revisão do instrumento de autoavaliação (AMAQ) das EAB/SB e NASF. Ressalta-se que esse instrumento disponibilizado pelo departamento não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais, estaduais e equipes definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adequem a sua necessidade e realidade. A realização da autoavaliação, seja utilizando o AMAQ ou outro instrumento, será verificada no processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da equipe.

O instrumento AMAQ foi construído considerando as seguintes diretrizes:

- I. Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;
- II. Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;
- III. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;
- IV. Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e
- V. Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de acesso e qualidade.

A partir desses elementos, o AMAQ foi organizado em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica. Esses padrões de qualidade caracterizam-se por sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde e por serem capazes de evidenciar mudanças – tanto os avanços, quanto os retrocessos. Contudo, é importante destacar que o AMAQ não pretende esgotar todo o universo das práticas em atenção básica, entretanto, compõe-se de um determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais produtoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

Com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, sugere-se que sejam construídas Matrizes de Intervenção considerando-se, em um primeiro momento, problemas prioritários e que estejam sob responsabilidade dos atores em questão.

Por fim, cabe lembrar que a realização de autoavaliações, periodicamente, com auxílio de instrumentos estruturados, não exclui a existência e importância das “práticas avaliativas” cotidianas, nem sempre conscientes ou planejadas, e que também podem mobilizar os trabalhadores na direção do aprimoramento de suas práticas.

3.2.2. Monitoramento

O monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações busca:

- I. Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;
- II. Subsidiar a definição de prioridades e planejamento de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;
- III. Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- IV. Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas e resultados alcançados;

- V. Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB a enfrentarem os desafios;

Cumprir destacar que, para o alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade, é fundamental a realização constante de ações de monitoramento, com a identificação de prioridades de educação permanente, apoio institucional, programação e contratualização de ações. No âmbito do trabalho das equipes, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, destacando-se o cadastramento domiciliar e a elaboração de diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde no território. Esse diagnóstico, complementado por outras análises (como a da demanda que acessa a UBS, a das necessidades de intervenção e de ampliação do escopo de ações e serviços que são demandadas e percebidas por trabalhadores e usuários, etc.) deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade e as ações implantadas pela equipe devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando o aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho.

Para orientar o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, alguns pressupostos podem ser úteis, tais como:

- I. Ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um compromisso meramente formal, mas sim como um mecanismo capaz de produzir a mudança, gerando propostas para a melhoria da qualidade das ações e processos monitorados, além de promover aprendizado institucional e responsabilização;
- II. Subsidiar a gestão da AB, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional;
- III. Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias. Isso dificulta a apropriação de seus resultados e compromete o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas de informação;
- IV. Reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho, estimulando-as na busca de melhores resultados;
- V. Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados;
- VI. Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades;
- VII. Estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento da AB, com vistas à democratização e transparência desses processos, ao aprendizado institucional, ao reconhecimento dos resultados alcançados e ao enfrentamento dos desafios para melhoria da qualidade da AB.

3.2.2.1 Indicadores para Contratualização e Certificação das Equipes

No terceiro ciclo do PMAQ, a avaliação dos indicadores será realizado a partir do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB). Assim, as equipes que utilizam o e-SUS AB/SISAB, seja o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) ou Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB) serão acompanhadas quanto aos indicadores de desempenho do PMAQ.

O SISAB/e-SUS AB permitirá o acesso às informações com grau mínimo de agregação por EAB, SB e NASF participantes do PMAQ.

Caso o município utilize sistema de informação próprio, a base de dados a ser enviada deverá ser compatível com o SISAB/e-SUS AB, **sendo o município o responsável pelo compartilhamento e envio dos dados a base nacional.**

As regras de cálculo para os indicadores de desempenho estão descritas nas fichas de qualificação dos indicadores, presente no anexo deste Manual.

O conjunto dos indicadores, pactuados nos compromissos a serem assumidos pelas equipes participantes e pelas gestões municipais, foram definidos visando a incorporação de indicadores que guardem maior correspondência com elementos que integram a fase de desenvolvimento, considerando os princípios da Atenção Básica presentes na PNAB e sua relevância para melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil.

Com isso, foram selecionados 11 indicadores (quadro 04) de desempenho para as equipes de atenção básica e 1 indicador (quadro 05) de desempenho para os NASF no terceiro ciclo do PMAQ, que estão subdivididos em quatro grupos:

- Acesso e continuidade do cuidado
- Coordenação do cuidado
- Resolutividade da equipe de atenção básica
- Abrangência da oferta de serviços

O conjunto de indicadores contratualizados estão vinculados ao processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da equipe.

Quadro 04 – Indicadores de monitoramento para as EAB (ESF ou Parametrizada) no terceiro ciclo do PMAQ.

Grupo	Indicador de Desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Para os NASF, foram definidos quatro indicadores de desempenho conforme o quadro 05.

Quadro 05 – Indicadores de desempenho para os NASF no terceiro ciclo do PMAQ.

Indicador de Desempenho
1.1 Índice de atendimentos realizados pelo NASF

Considerando que a alimentação regular, consistente e em tempo oportuno dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade da AB, é esperado que os resultados dos indicadores reflitam o esforço das equipes de saúde e da gestão na melhoria da qualidade da AB, devendo haver uma coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade da Atenção Básica.

Para cada indicador será calculada uma pontuação proporcional considerando o resultado alcançado pela equipe, comparando-se o resultado obtido pela equipe com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias definidas para cada indicador.

3.2.3. Educação Permanente

A consolidação da Atenção Básica como reorientadora do modelo de atenção no Brasil e o aprimoramento das práticas em saúde pressupõe um saber e um fazer em educação permanente integrado ao cotidiano do trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais, além de mudanças no processo de

trabalho em saúde, exigindo de trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A Educação Permanente deve pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/ programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva do processo de trabalho e identificação de nós críticos, elabora-se estratégias de atuação. Estimula-se, assim, experiências inovadoras nas práticas de saúde e na gestão do cuidado reconhecendo o mérito de equipes e gestores que alcancem melhor desempenho e resultados na AB. Com isso, o PMAQ visa contribuir, inclusive, para que os cursos pré-formatados sejam ofertados/incorporados em momentos e com mediações que considerem necessidades de formação dos trabalhadores, para que façam mais sentido e tenham maior valor de uso.

Com relação à vinculação dos processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional, avalia-se o grande potencial de desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Portanto, é central que as gestões municipais e estaduais apostem e estimulem processos de educação permanente nas equipes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde oferta o portal Comunidade de Práticas que consiste em importante espaço virtual de comunicação dos gestores e trabalhadores da Atenção Básica e visualização e compartilhamento de experiências e informações. São apresentadas dificuldades do trabalho, narrativas vinculadas ao cotidiano, de maneira a viabilizar o aprendizado mediante as trocas e a reflexão sobre a experiência própria e a experiência do outro, facilitando ainda a sistematização de tecnologias da gestão e do cuidado.

3.2.4. Apoio Institucional

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los.

O objeto de trabalho do apoiador institucional é considerado como o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias entre apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas de ambos.

No cotidiano do trabalho das Equipes de Atenção Básica, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como: trabalhar em equipe; acolher as demandas dos usuários; discutir casos complexos de modo a ampliar a clínica dentre tantos outros. Neste contexto, o apoio institucional na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos, de maneira a permitir uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constroem a atuação dos profissionais, bem como o exercício de autoanálise pelas equipes. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados deve estar atrelada a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização.

Dentre as estratégias de apoio institucional do PMAQ, compreende-se o apoio do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, COSEMS e municípios (eventualmente); o apoio das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios e o apoio da gestão municipal às equipes de saúde. Esse trabalho de apoio, pode se dar em três planos: (a) o das relações interfederativas, (b) o relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede, bem como das linhas de cuidado, e (c) o que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano.

É importante considerar que, a despeito da lógica do apoio institucional ser a mesma para as três dimensões de apoio descritas (Ministério da Saúde, coordenações estaduais e gestões municipais), há certas especificidades que marcam cada uma delas, de modo que cada um dos três planos (relações interfederativas, arranjos da rede e processo de trabalho cotidiano das equipes), ainda que sempre presentes, terão pesos ou ênfases diferenciadas, a depender do lugar do apoiador e do apoiado. Por exemplo, no apoio às equipes de saúde, os planos dois e três (em especial) tendem a ser mais marcantes.

Particularmente em relação ao apoio às equipes de saúde, é fundamental que haja um dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, lembrando a necessidade de construção de vínculo entre os mesmos, que pode ser potencializada a partir da construção de agendas regulares de encontros.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores:

1. Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
2. Suporte à implantação do acolhimento a demanda espontânea;
3. Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares;
4. Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
5. Análise de indicadores e informações em saúde;
6. Facilitação dos processos locais de planejamento;
7. Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade;
8. Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns.

Embora os exemplos citados deem maior ênfase ao apoio institucional às Equipes de Atenção Básica, grande parte das indicações também se aplica para o apoio à gestão estadual e municipal.

3.2.5. Cooperação Horizontal

Entende-se que parte significativa dos avanços observados na Atenção Básica são fruto das experimentações dos atores locais nas adequações cotidianas das ofertas por eles realizadas à população. Neste sentido, o terceiro ciclo do PMAQ, buscando valorizar o protagonismo local, propõe que as equipes participantes do PMAQ compartilhem suas experiências e possibilitem o aprimoramento de suas práticas, entrando em contato com experiências de outras equipes. Essas iniciativas, que no PMAQ serão tratadas como Cooperação Horizontal, já ocorrem no cotidiano de trabalho das equipes, o que se pretende é ampliá-las e valorizá-las tendo em vista seu potencial transformador.

A Cooperação Horizontal parte do princípio que todo trabalhador tem muito a ensinar e a aprender e abrange atividades que envolvem troca, produção e disseminação de diferentes saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e de cuidado ao usuário, visando o fortalecimento da Atenção Básica a partir da interação entre seus profissionais.

Ela é vista como uma das estratégias para superar os desafios existentes na gestão municipal e no processo de trabalho das equipes, a partir de experiências concretas de enfrentamento das questões inerentes à organização do processo de trabalho da AB. Este modelo permite valorizar o conhecimento criado a partir da experimentação para resolver os problemas vivenciados no cotidiano das UBS. Além disso, a Cooperação Horizontal pode ainda desencadear a formação de uma rede solidária de Educação Permanente entre municípios e equipes para compartilhar essas experiências.

Tal compartilhamento pode ocorrer entre trabalhadores da Atenção Básica da mesma equipe ou de equipes diferentes (mesma unidade, município ou região), e trabalhadores da gestão (gerentes de unidades diferentes, gestores de áreas diferentes na mesma secretaria, gestores de municípios diferentes).

A Cooperação pode acontecer de forma presencial e virtual, debatendo temas como a organização do processo de trabalho, a realização do cuidado, a execução de procedimentos, a articulação com os usuários e o fortalecimento do conselho de saúde, a proposta de ofertas a partir da realidade do território, a organização da rede de assistência, o planejamento da alocação dos recursos da AB, etc.

Como oferta para troca de experiências de modo virtual, o DAB disponibiliza a Comunidade de Práticas (<https://novo.atencaobasica.org.br/>) que une profissionais e gestores da saúde em torno de um assunto ou interesse visando achar meios de melhorar o que fazem num aprendizado diário, através da interação regular. Na Comunidade de Práticas da Atenção Básica existe mais de 4.500 experiências compartilhadas por equipes de todo Brasil sobre ações realizadas na AB e também há espaço disponível para a inserção de novas experiências.

O êxito na execução da Cooperação Horizontal depende da identificação das demandas e fragilidades de cada local, do envolvimento dos municípios/equipes/profissionais que participarão da estratégia, da negociação dos instrumentos e da metodologia a fim de gerar bons momentos de contato para aprimorar as práticas locais.

Embora a Cooperação Horizontal seja uma das estratégias ofertadas pelo DAB no bojo do eixo transversal de desenvolvimento do PMAQ, entende-se que estados, municípios e equipes são protagonistas na realização deste tipo de estratégia e tem autonomia para organizar suas experiências e pensar metodologias de interação que correspondam às necessidades locais.

4. Certificação

O processo de certificação do PMAQ deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto, é esperado que o PMAQ esteja em constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica, no contexto de implantação do SUS.

As equipes participantes no PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando:

- a. **Avaliação externa de desempenho** das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados;
- b. Verificação da realização de **momento autoavaliativo** pelos profissionais das equipes de atenção básica
- c. Avaliação de **desempenho do conjunto de indicadores contratualizados** na etapa de adesão e contratualização.

A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes eSF, AB Parametrizadas, Saúde Bucal e NASF será:

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação Externa	60%

A cada ciclo do Programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população.

4.1 Avaliação Externa de Desempenho das Equipes de Saúde e Gestão da Atenção Básica

A avaliação externa será realizada pelo DAB em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Ao contratualizar, o município assume que participará da avaliação externa, sem a necessidade de formalizar a solicitação.

Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes e verificação de documentos.

As questões que compõem o instrumento de avaliação externa guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação (AMAQ). Esses documentos estão disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (www.saude.gov.br/dab).

Cabe salientar que as atividades dos avaliadores da qualidade devem ser pactuadas anteriormente com o gestor municipal, estadual e COSEMS, possibilitando assim, um planejamento e logística adequados ao trabalho de campo.

4.1.1 Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e de Atenção Básica Parametrizada

O instrumento de avaliação externa contempla elementos relacionados às características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde e disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos que serão observados pelo avaliador de qualidade, assim como elementos relacionados a organização do processo de trabalho que serão verificados mediante entrevista com profissionais de saúde.

Quadro 06 - Síntese dos componentes da avaliação externa das Equipes de Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	Funcionamento da Unidade de Saúde
	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS
	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
	Informatização e Conectividade
	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	Educação Permanente e Telessaúde
	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
	Plano de Carreira e Remuneração por Desempenho
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso
	População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde
	Rede de Atenção à Saúde
	Acolhimento à Demanda Espontânea

Atenção à Saúde
Saúde da Mulher e da Criança
Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
Saúde Mental
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
Promoção da Saúde
Participação do Usuário e Controle Social
Áreas Específicas*
População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
Programa Saúde na Escola
Práticas Integrativas e Complementares

* As subdimensões das Áreas Específicas serão avaliadas considerando as ofertas e ações das equipes de atenção básica.

4.1.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

As equipes do NASF terão um instrumento específico para avaliação da gestão e do processo de trabalho.

Quadro 07 - Síntese dos componentes da avaliação externa dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho do NASF
DIMENSÃO II – Valorização do Trabalhador	Educação Permanente Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
DIMENSÃO III – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso Processo de Trabalho da Equipe NASF Planejamento e Monitoramento das Ações do NASF Apoio Matricial às EAB Gestão do Cuidado Compartilhado Coordenação do cuidado e integração à RAS

	Fortalecimento de Ações Intersectoriais
	Ações Específicas para o Cuidado Integral (Ciclos de vida e Áreas Prioritárias)
	Doenças Crônicas
	Práticas Corporais
	Reabilitação
	Saúde da Mulher e da Criança
	Saúde Mental
	Atenção Nutricional
	Áreas Específicas*
	Práticas Integrativas e Complementares
	Assistência Farmacêutica
	Saúde do Trabalhador
DIMENSÃO IV – Satisfação das equipes apoiadas em relação ao trabalho do NASF	Perfil da Equipe NASF
	Apoio Matricial
	Resolutividade das Ações

* As subdimensões das Áreas Específicas serão avaliadas considerando as ofertas e ações das equipes de atenção básica.

4.1.3 Padrões Essenciais, Estratégicos e Gerais

Com base na necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação, no terceiro ciclo do PMAQ os padrões de acesso e qualidade verificados para as equipes serão classificados como:

- **Padrões Essenciais:** com elevados percentuais de cumprimento pelas equipes e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade. Esses padrões não acrescentarão pontos às equipes, no entanto, subtrairão pontos das equipes que não o atingirem.
- **Padrões Estratégicos:** considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica e relacionados a prioridades definidas de maneira tripartite. Esses padrões terão maior peso na matriz de pontuação durante o processo de certificação das equipes.
- **Padrões gerais:** Os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes.

4.2 Método de Certificação

Após o processo de avaliação externa, as equipes serão classificadas, conforme o art. 6º, § 1º, da portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, em:

- Desempenho Ótimo
- Desempenho Muito Bom
- Desempenho Bom
- Desempenho Regular
- Desempenho Ruim

Após a classificação da totalidade das equipes será definido um fator de desempenho em que se considerará o orçamento global destinado ao pagamento da certificação das equipes contratualizadas e a distribuição das equipes nas categorias de desempenho descritas acima, sendo que o Fator de Desempenho será o valor mínimo que uma equipe receberá.

Exemplo:

Considerando um orçamento mensal de R\$ 100.000.000,00 para 10.000 equipes contratualizadas, observa-se que as equipes apresentaram o seguinte desempenho:

- 1.000 equipes tiveram desempenho Ótimo
- 2.000 equipes tiveram desempenho Muito Bom
- 2.500 equipes tiveram desempenho Bom
- 3.000 equipes tiveram desempenho Regular
- 1.500 equipes tiveram desempenho Ruim

Ao mesmo tempo, considerando que:

- equipes com desempenho ótimo receberão 8 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho muito bom receberão 6 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho bom receberão 4 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho regular receberão 2 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho ruim receberão 1 vez o valor do fator de desempenho

O cálculo do Fator de Desempenho será:

Valor do Orçamento Global das Equipes

$(N^{\circ} \text{ de Equipes com desempenho Ruim} \times 1) + (N^{\circ} \text{ de Equipes com desempenho Regular} \times 2) + (N^{\circ} \text{ de Equipes com desempenho Bom} \times 4) + (N^{\circ} \text{ de Equipes com desempenho Muito Bom} \times 6) + (N^{\circ} \text{ de Equipes com desempenho Ótimo} \times 8)$

Assim, para o exemplo citado, o fator de desempenho será:

$$\frac{\text{R\$ } 100.000.000,00}{(1.500 \times 1) + (3.000 \times 2) + (2.500 \times 4) + (2.000 \times 6) + (1.000 \times 8)} = \text{R\$ } 2.666,67$$

Os valores a serem repassados **por equipe** para cada categoria de desempenho seriam:

- Equipes com desempenho **Ruim**: R\$ 2.666,67 x 1 = **R\$ 2.667,67**
- Equipes com desempenho **Regular**: R\$ 2.666,67 x 2 = **R\$ 5.333,33**
- Equipes com desempenho **Bom**: R\$ 2.666,67 x 4 = **R\$ 10.666,67**
- Equipes com desempenho **Muito Bom**: R\$ 2.666,67 x 6 = **R\$ 16.000,00**
- Equipes com desempenho **Ótimo**: R\$ 2.666,67 x 8 = **R\$ 21.333,33**

Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passará a receber os valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o desempenho alcançado de suas equipes contratualizadas.

Quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.465, de 02 de outubro de 2015, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a equipe terá seu **desempenho classificado como Insatisfatório**.

Para as equipes de atenção básica que contratualizaram com a equipe de saúde bucal, a presença de **Cadeira Odontológica em condições adequadas** é condição **Origatória** para a permanência no programa, sendo constatada a ausência dessa condição a equipe será considerada **Desclassificada** para fins de certificação de desempenho no Programa.

Nos casos em que, no processo de certificação, a equipe seja classificada como **insatisfatória** ou **desclassificada**, o gestor municipal deixará de receber o valor de incentivo referente a essa equipe.

4.2.1 Padrões Essenciais

Conforme a Portaria GM nº 1.645 que dispõe sobre o PMAQ-AB, caso a equipe contratualizada não alcance a **totalidade** de um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim.

Os quadros a seguir apresentam os padrões de qualidade essenciais que servirão para a classificação das EAB e do NASF, por módulo do instrumento de avaliação externa:

Quadro 08 – Padrões essenciais do Módulo I – Condições de Funcionamento das EAB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Horário de Funcionamento	A Unidade Básica de Saúde funciona 40 horas
Equipamentos	Aparelho de Pressão Adulto
	Balança antropométrica que pese pessoas até 150 Kg
	Balança infantil
	Estetoscópio adulto
	Régua antropométrica infantil
	Geladeira exclusiva para vacina
Materiais e Insumos	Espéculo
	Espátula de Ayres
	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)
	Escovinha endocervical
	Lâmina de vidro com lado fosco
Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	

IMPORTANTE!

Com o PMAQ surgiu a necessidade de individualizar as equipes no SCNES, tanto para a adesão e contratualização do programa, quanto para a certificação final e pagamento pelo MS do componente de qualidade do PAB Variável. Para isso, desde 2013, foi criada uma codificação no SCNES denominada **INE** (Identificador Nacional de Equipes), o qual se caracteriza como um “CPF” das equipes, um registro que as identificam. É por meio desse número (composto por 10 dígitos) que uma equipe é identificada e rastreada, no caso de uma mudança de CNES (como ocorre frequentemente quando, devido a reformas ou construção de novas UBS, há mudança do número do estabelecimento – CNES). Por isso, para as equipes participantes do PMAQ e também no uso do novo sistema de informação (e-SUS AB/SISAB), é fundamental que se tenha especial atenção ao INE, evitando alterações equivocadas e possíveis impactos no repasse do recurso financeiro relacionados a esses programas.

Exemplo: Se uma equipe mudou de estabelecimento de saúde, o gestor municipal deverá alterar o número do CNES (que é o que identifica o estabelecimento), porém a equipe permanece a mesma, então o gestor municipal **NÃO DEVERÁ alterar o INE** (que é o que identifica a equipe). O gestor municipal somente deverá migrar esta equipe (INE) para o estabelecimento novo (CNES).

Quadro 09 – Padrões essenciais do Módulo II – Processo de Trabalho das EAB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência
Procedimentos realizados na Atenção Básica	Retirada de pontos
	Nebulização/inalação
	Curativos
	Medicações injetáveis intramusculares
	Medicações injetáveis endovenosas
Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea
Atenção à Saúde	A equipe realiza a coleta do exame citopatológico
	A equipe realiza consulta de pré-natal
	A equipe cuida de pessoas com hipertensão
	A equipe cuida de pessoas com diabetes

Quadro 10 – Padrões essenciais do Módulo IV – Processo de Trabalho dos NASF

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Processo de trabalho	Existe planejamento articulado da AB junto com o NASF
	O NASF se reúne para discutir seu processo de trabalho
	O NASF realiza consultas individuais, consultas compartilhadas com as Equipes de Atenção Básica e atendimentos no domicílio
	A equipe realiza suas atividades de forma integrada com as ESF
Educação permanente	O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas que as ESF consideram pertinentes
	O NASF realiza educação em saúde

Quadro 11 – Padrões essenciais do Módulo V - Condições de Funcionamento das ESB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Equipamentos	Cadeira Odontológica
	Caneta de alta rotação
	Caneta de baixa rotação
	Compressor de ar com válvula de segurança
	Cuspideira
	Autoclave
	Mocho
	Refletor
Sugador	

Materiais e Insumos	Brocas de alta rotação
	Luva descartável
	Máscara descartável

Quadro 12 – Padrões essenciais do Módulo VI - Processo de Trabalho das ESB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Horário de Funcionamento	A Unidade Básica de Saúde funciona 40 horas
Territorialização	A equipe de Saúde Bucal possui mapa do território
Planejamento	Existe planejamento articulado da AB junto com a equipe de saúde bucal
Organização da Agenda	A equipe de Saúde Bucal realiza consultas de demanda espontânea e agendada

4.2.2 Padrões Estratégicos

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 um conjunto de padrões considerados estratégicos.

Os quadros a seguir apresentam os padrões de qualidade estratégicos que servirão para a classificação das equipes e do NASF, por módulo do instrumento de avaliação externa:

Quadro 13 – Padrões estratégicos do Módulo I - Condições de Funcionamento das EAB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Acessibilidade na unidade de saúde	Lista (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe
	Equipe realiza atendimento no horário do almoço (12h às 14h)
Equipamentos	Balança antropométrica de 200 kg
	Oftalmoscópio
Materiais e Insumos	Preservativo feminino

Quadro 14 – Padrões estratégicos do Módulo II - Processo de Trabalho das EAB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Oferta de Ações da Equipe	Coleta/exame de sangue
	Coleta/exame de urina
	Coleta/exame de fezes
	Eletrocardiograma
Procedimentos realizados na Atenção Básica	Drenagem de abscesso
	Sutura de ferimentos
	Lavagem de ouvido

	Extração de unha
	Inserção de DIU
Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento
	No acolhimento a equipes realiza atendimento de urgência
Atenção à Saúde	A equipe realiza ações de reabilitação

Quadro 15 – Padrões estratégicos do Módulo IV - Processo de Trabalho dos NASF

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Processo de trabalho	O NASF realiza a gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas
Cuidado integral	O NASF utiliza metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis
	O NASF oferta apoio a Equipe de Atenção Básica para ofertar outras ações terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos
	O NASF realiza acompanhamento dos casos de gestação de alto risco compartilhada com a atenção especializada
	O NASF realiza ações que fortaleçam o cuidado das ESF para os casos diagnosticados de câncer
	O NASF realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade
	O NASF realiza coordenação do cuidado dos casos complexos de obesidade que necessitam de outros pontos de atenção para usuários que apresentam IMC 30 kg/m ² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m ²
	O NASF realiza acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território
	O NASF realiza acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiológico ou visual)
	O NASF desenvolve atividades com equipes de outros serviços de saúde
Práticas Integrativas e	A UBS realiza atividades de práticas integrativas e

Complementares	complementares
-----------------------	----------------

Quadro 16 – Padrões estratégicos do Módulo V - Condições de Funcionamento das ESB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Equipamentos	Aparelho de RX odontológico
Materiais e Insumos	Avental de Chumbo com protetor de tireoide
	Caixa de revelação ou outro dispositivo para revelação
	Colgadura
	Filme radiográfico
	Fixador e revelador ou outro dispositivo para revelação
	Recipiente para descarte de lâmina de chumbo

Quadro 17 – Padrões estratégicos do Módulo VI - Processo de Trabalho das ESB

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade
Reuniões da Equipe	A equipe de Saúde Bucal realiza reuniões para discussão de casos e de projetos terapêuticos
Planejamento, Acompanhamento e Avaliação	A equipe investiga o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território
Organização dos Prontuários na UBS	A equipe de Saúde Bucal possui prontuário eletrônico implantado
	A equipe de Saúde Bucal possui prontuário eletrônico integrado com os outros pontos da rede de atenção
Coordenação do Cuidado	A equipe utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde para todas as especialidades

5. Reconstrução

A terceira fase do PMAQ constitui o processo de reconstrução que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios com 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 PMAQ.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais equipes, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

6. Referências

- ALMEIDA, PF et al. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde**. Cad Saúde Pública, RJ, Fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. Hucitec, 2000.
- CAMPOS, GWS & GUERRERO, AVP. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Ed. Hucitec . SP 2008.
- FAUSTO, M. et al. **A posição da ESF na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB**. Revista Saúde em Debate.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Org). Agir Em Saúde: um desafio para o público. Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese de doutorado. Campinas, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

Disponível em: <<http://www.funag.gov.br/biblioteca/dmdocuments/0715.pdf>> Acessado em: 18/09/2015.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. **Ecology of care**. The New England Journal of Medicine, Massachusetts, n. 265, 885-892, 1961.

ANEXO A

1. Relação das Equipes de Atenção Básica aptas a contratualização no 3º ciclo do PMAQ

TIPO	SIGLA	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
1	ESF	EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA
2	ESFSB_M1	ESF COM SAUDE BUCAL - M I
3	ESFSB_M2	ESF COM SAUDE BUCAL - M II
12	ESFR	EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA RIBEIRINHA
13	ESFRSB_MI	ESF RIBEIRINHA COM SAUDE BUCAL MI
16	EAB1	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO I
17	EAB2	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO II
18	EAB3	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO III
19	EAB1SB	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO I COM SAUDE BUCAL
20	EAB2SB	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO II COM SAUDE BUCAL
21	EAB3SB	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO III COM SAUDE BUCAL
24	ESF1	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO I
25	ESF1SB_M1	ESF TIPO I COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
26	ESF1SB_M2	ESF TIPO I COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
27	ESF2	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO II
28	ESF2SB_M1	ESF TIPO II COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
29	ESF2SB_M2	ESF TIPO II COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
30	ESF3	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO III
31	ESF3SB_M1	ESF TIPO III COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
32	ESF3SB_M2	ESF TIPO III COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
33	ESF4	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO IV
34	ESF4SB_M1	ESF TIPO IV COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
35	ESF4SB_M2	ESF TIPO IV COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
39	ESFRSB_MII	ESF RIBEIRINHA COM SAUDE BUCAL MII

2. Relação das Equipes NASF aptas a contratualização ao 3º ciclo do PMAQ

TIPO	SIGLA	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
6	NASF1	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA - NASF MODALIDADE 1
7	NASF2	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA - NASF MODALIDADE 2
45	NASF3	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA - NASF MODALIDADE 3

ANEXO B

Ficha de Qualificação dos Indicadores

1. Eixo: Acesso e continuidade do cuidado

1.1. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante

Conceituação:

Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação entre a produção de atendimentos de médicos e enfermeiros na Atenção Básica e a população residente na mesma área geográfica.

Recomenda-se uma média de 2 a 3 consultas médicas por habitante por ano, e 3 a 4 consultas de enfermagem por habitante por ano^{9,10}. A organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica para atender essa recomendação pode auxiliar no aprimoramento deste indicador.

O indicador pode ser desagregado por profissional (média de atendimentos de médicos por habitantes e média de atendimentos de enfermeiros por habitantes) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos de médicos e enfermeiros na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos de médicos e enfermeiros em relação às necessidades da população.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros}}{\text{População residente}}$$

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de cadastro individual do SISAB/MS para unidade básica de saúde e equipe.
Estimativa populacional para TCU (IBGE), para Brasil, estado, região de saúde e município.

Periodicidade: mensal

Limitações:

Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica.

Inclui os atendimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação/ atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB).
- Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados registrados no SISAB pelas equipes da Atenção Básica, com o intuito do acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador.
- Planejamento de ações no território que possam refletir na garantia de acesso da população ao cuidado ofertado pelo médico e enfermeiro.

1.2. Percentual de atendimentos de demanda espontânea

Conceituação:

Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por médicos e enfermeiros em relação ao total de atendimentos na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação de atendimentos de demanda espontânea (consulta no dia e atendimento de urgência) realizados por médicos e enfermeiros e o total de atendimentos. Os atendimentos à demanda espontânea consistem em: (1) consultas realizadas no mesmo dia em que o usuário busca o serviço; e (2) atendimentos de urgência, quando há possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário.

O modelo de atenção à saúde deve preconizar o atendimento a todos os tipos de demanda, de modo que percentuais altos a um tipo de demanda podem sugerir negligência a outros tipos de demanda. Por exemplo, privilegiar excessivamente o atendimento a demandas espontâneas sugere falta de atendimento a demandas por consulta agendada ou cuidado continuado. Assim, recomenda-se que a oferta de atendimentos aos diversos tipos de demanda seja organizada de forma a atender ao perfil epidemiológico prevalente no território, às necessidades da população e à dinâmica dos profissionais das equipes.

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na oferta de atendimentos à demanda espontânea na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de demanda espontânea} * 100}{\text{Número total de atendimentos}}$$

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Limitações:

Dificuldade no entendimento dos conceitos dos tipos de atendimentos abordados no sistema, como consulta programada, consulta agendada, consulta no dia, escuta inicial, atendimento de urgência, o que pode resultar em erros de registro pelos profissionais.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação/ atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), visando minimizar os erros de registros.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados registrados no SISAB pelas equipes da Atenção Básica, com o intuito de acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador.
- Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar o aumento da demanda.

1.3. Percentual de atendimentos de consulta agendada

Conceituação:

Percentual de atendimentos de consulta agendada realizados por médicos e enfermeiros por consulta agendada em relação ao total de atendimentos na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação dos atendimentos de consulta agendada realizados por médicos e enfermeiros e o total de atendimentos. As consultas agendadas consistem em atendimentos realizados com agendamento prévio, oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia.

O modelo de atenção à saúde deve preconizar o atendimento a todos os tipos de demanda, de modo que percentuais altos a um tipo de demanda podem sugerir negligência a outros tipos de demanda. Por exemplo, privilegiar excessivamente o atendimento a consultas agendadas sugere falta de atendimento a demandas espontâneas, bem como às consultas programadas para o cuidado continuado. Assim, recomenda-se que a oferta de atendimentos aos diversos tipos de demanda seja organizada de forma a atender ao perfil epidemiológico prevalente no território, às necessidades da população e à dinâmica dos profissionais das equipes.

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na oferta de consultas agendadas na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de consulta agendada} * 100}{\text{Número total de atendimentos}}$$

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Limitações:

Dificuldade no entendimento dos conceitos atribuídos para os tipos de atendimentos (consulta programada, consulta agendada, consulta no dia, escuta inicial, atendimento de urgência) o que pode resultar em erros de registro pelos profissionais.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação/ atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), visando minimizar os erros de registros.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados registrados no SISAB pelas equipes da Atenção Básica, com o intuito de acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador.
- Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar o aumento da demanda.

1.4. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada

Conceituação:

Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por condição de saúde avaliada, multiplicado pela prevalência da condição no território, em determinado espaço geográfico, no período considerado. As condições de saúde avaliadas consideradas são: (1) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 2) Diabetes Mellitus (DM); 3) Obesidade (Obes) e (4) Depressão (Dep).

Interpretação:

Mensura a relação entre a produção de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros na Atenção Básica por condição de saúde avaliada, considerando o perfil epidemiológico da população residente e a população residente. O valor do índice igual a 1 indica a média de um atendimento por pessoa que apresenta uma das condições consideradas. Valores menores ou maiores que 1 indicam a média menor que ou maior que um atendimento por pessoa que apresenta uma das condições avaliadas, respectivamente.

Pode ser desagregado por condição de saúde avaliada (hipertensão arterial, diabetes, obesidade e depressão), por profissional (média de atendimentos de médicos por condição avaliada e média de atendimentos de enfermeiros por condição avaliada) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos por condição de saúde avaliada na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos por condição de saúde avaliada em relação às necessidades da população.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{(Atend\ HAS) + (Atend\ DM) + (Atend\ Obes) + (Atend\ Dep)}{(Pop * Prev\ HAS) + (Pop * Prev\ DM) + (Pop * Prev\ Obes) + (Pop * Prev\ Dep)}$$

Onde:

Atend = número de atendimentos na condição avaliada

Prev = prevalência da condição na população residente no território.

Pop = população residente no território

Fonte:

Atendimentos: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Prevalência: Pesquisa Nacional de Saúde¹¹ (IBGE, 2013) para Brasil, regiões e estados.

População: Ficha de Cadastro Individual do SISAB/MS para unidade básica de saúde e equipe.
Estimativa populacional para TCU (IBGE), para Brasil, estado, região de saúde e município.

Periodicidade: mensal

Quadro síntese das prevalências:

Condição de saúde	HAS	DM	Obesidade	Depressão
Prevalência				
Brasil	21,4	6,2	20,8	7,6
Norte	14,5	4,3	17,6	3,1
Rondônia	18,1	5,0	19,6	5,6
Acre	16,1	3,3	18,5	5,8
Amazonas	13,7	4,6	21,9	2,7
Roraima	14,2	4,0	19,7	4,4
Pará	13,1	3,8	15,0	1,6
Amapá	13,3	5,0	19,6	3,4
Tocantins	19,6	5,4	17,0	7,1
Nordeste	19,4	5,4	18,0	5,0
Maranhão	13,6	5,4	13,6	3,8
Piauí	19,3	5,0	15,1	3,9
Ceará	18,7	4,9	18,7	4,4
Rio Grande do Norte	20,8	5,6	21,1	6,9
Paraíba	21,6	4,5	17,3	4,8
Pernambuco	21,5	6,2	20,2	7,2
Alagoas	19,2	6,8	20,9	6,2
Sergipe	20,7	6,0	19,9	6,2
Bahia	20,0	5,0	17,1	4,0
Sudeste	23,3	7,1	22,0	8,4
Minas Gerais	24,0	6,4	17,2	11,1
Espírito Santo	20,6	6,1	17,8	5,5
Rio de Janeiro	23,9	6,4	23,1	6,0
São Paulo	23,0	7,7	24,2	8,4
Sul	22,9	6,2	23,3	12,6
Paraná	21,4	5,7	21,6	11,7

¹¹ Para estimar a prevalência das seguintes condições de saúde: hipertensão arterial, diabetes, obesidade e depressão.

Santa Catarina	21,8	5,5	25,7	12,9
Rio Grande do Sul	24,9	7,0	23,6	13,2
Centro-oeste	21,2	6,5	21,9	7,2
Mato Grosso do Sul	21,1	7,8	24,0	8,8
Mato Grosso	20,8	6,2	24,4	6,9
Goiás	22,1	6,4	20,8	7,1
Distrito Federal	19,7	5,8	19,7	6,2

Fonte: Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

Limitações:

Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica.

Inclui os atendimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

Os dados disponíveis na Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013) são representativos apenas para Brasil, por regiões e por estados, sendo generalizados para os territórios de atuação das equipes de Atenção Básica e para os municípios.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação/ atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), visando minimizar os erros de registros.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados registrados no SISAB pelas equipes da Atenção Básica, com o intuito de acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador.
- Disponibilização e adoção de protocolos pelas equipes de saúde como forma de subsidiar a organização do processo de trabalho, bem como melhorar a qualidade da oferta do cuidado.
- Avaliação periódica do indicador para subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, assim como identificar os fatores que possam influenciar o aumento da demanda e o controle do agravo.

1.5. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero

Conceituação:

Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo do útero realizados na Atenção Básica em relação ao total de mulheres entre 25 e 64 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação entre os procedimentos de coleta de material citopatológico do colo do útero realizados na Atenção Básica e o total de mulheres entre 25 e 64 anos de idade. O indicador possibilita verificar se as equipes de Atenção Básica estão realizando o rastreamento do câncer de colo de útero, a fim de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento⁵.

A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual¹².

O valor do índice igual a 1 indica a média de uma coleta de material citopatológico do colo do útero por mulher na faixa etária de 25 a 64 anos de idade a cada três anos. Valores menores ou maiores que 1 indicam a média menor que ou maior que uma coleta de material citopatológico do colo do útero por mulher na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, respectivamente.

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).

Usos:

Analisar o acesso de mulheres ao exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau) na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação da estratégia de rastreamento do câncer do colo de útero e de busca ativa das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos público-alvo desse procedimento.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero}}{\text{População feminina residente entre 25 e 64 anos de idade}}$$

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de cadastro individual do SISAB/MS para unidade básica de saúde e equipe. Estimativa populacional para TCU (IBGE), para Brasil, estado, região de saúde e município.

¹² Cadernos de Atenção Primária, n. 29 (http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf)

Periodicidade: mensal

Limitações:

Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica.

Inclui os procedimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação de todos os profissionais da Atenção Básica, quanto às diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero: periodicidade, população alvo, método de coleta do exame e registro do procedimento no sistema de informação para a atenção básica (SISAB).
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes da Atenção Básica, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Orientação à população quanto à necessidade do exame é realizar busca ativa das mulheres na idade de 25 a 64 anos, para realização do exame citopatológico conforme normas preconizadas pelo Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero.

1.6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Conceituação:

Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação entre a produção de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica e a população residente na mesma área geográfica. O indicador reflete o acesso dos usuários ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação / exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico - PPT. Portanto, as primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o plano preventivo terapêutico for elaborado¹³.

Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em vários programas de saúde: mental, mulher, trabalhador, adolescente, idoso, etc.

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo ou condição de saúde específica, por exemplo, gestantes.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da produção de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de primeira consulta odontológica programática em relação às necessidades da população.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática} * 100}{\text{População residente}}$$

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento odontológico individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de cadastro individual do SISAB/MS para unidade básica de saúde e equipe.

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

Estimativa populacional para TCU (IBGE), para Brasil, estado, região de saúde e município.

Periodicidade: mensal

Limitações:

Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica.

Inclui os atendimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação/atualização dos profissionais da Atenção Básica para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação para a atenção básica (SISAB).
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de saúde bucal no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada.
- Programação das ações de atendimento, considerando critérios para classificação de risco.
- Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica.

2. Eixo: Coordenação do cuidado

2.1. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida

Conceituação:

Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida realizada por médicos e enfermeiros na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação entre os atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida realizados por médicos e enfermeiros e o total de crianças nascidas vivas residentes a serem acompanhadas na primeira semana de vida na mesma área geográfica. A equipe de Atenção Básica deve identificar e acompanhar, em tempo oportuno, os recém-nascidos do território que tiveram alta da maternidade.

A primeira semana de vida do recém-nascido constitui num momento propício para que a equipe de atenção básica possa auxiliar os familiares nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho), estabelecer e reforçar a rede de apoio à família, bem como verificação da caderneta da criança para identificação de risco e vulnerabilidade ao nascer e a avaliação da saúde da puérpera¹⁴.

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição no atendimento em tempo oportuno a recém-nascidos na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação da estratégia utilizada para a captação de recém-nascidos em tempo oportuno para a primeira consulta de puericultura em relação às necessidades da população.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida} * 100}{\text{Total de recém-nascidos a serem acompanhados}}$$

Onde:

Recém-nascidos a serem acompanhados = Nascidos vivos – Óbitos neonatal precoce (até 6 dias)

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/MS)¹⁵ e Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM/MS)¹⁶ para Brasil, estado, região de saúde e município.

Periodicidade: mensal

Limitações:

A estimativa de recém-nascidos a serem acompanhados é baseada nos últimos dados disponíveis pelo SINASC e pelo SIM, podendo não refletir os recém-nascidos no ano avaliado quando há variações temporais maiores.

Inclui os atendimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação/atualização dos profissionais da Atenção Básica para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/ contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Busca ativa dos recém-nascidos identificados no território pela equipe de atenção básica a fim de garantir os primeiros cuidados com a saúde do bebê e de sua família.

¹⁵ Para estimar o número de nascidos vivos.

¹⁶ Para estimar o número de óbitos neonatal precoce.

3. Eixo: Resolutividade

3.1. Percentual de encaminhamentos para serviço especializado

Conceituação:

Percentual de encaminhamentos médicos de usuários para serviço especializado, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede os encaminhamentos realizados por médicos para serviços especializados em relação aos atendimentos realizados pelo profissional médico.

O indicador permite verificar o nível de resolutividade da Atenção Básica, a fim de identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas, melhorando a organização da oferta do cuidado em saúde entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde.

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. De forma complementar, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na AB (Atenção Básica), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária) (NORMAN; TESSER, 2009¹⁷). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera (BRASIL, 2015¹⁸).

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na realização de encaminhamentos médicos para serviços de atenção especializada, no intuito de avaliar o nível de resolutividade da Atenção Básica e identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas deste nível de atenção, melhorando a organização entre os níveis assistenciais.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a qualidade e resolutividade dos serviços de Atenção Básica.

¹⁷ NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde; uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012--2020, set. 2009.

¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Endocrinologia e nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 1).

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos médicos para serviço especializado} * 100}{\text{Número total de atendimentos médicos individuais}}$$

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de atendimento individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Limitações: Não permite identificar a qual especialidade o usuário foi encaminhado.

Magnitude epidemiológica:

Dados referentes ao primeiro semestre de 2015 apontaram quase 5,5 milhões de encaminhamentos da Atenção Básica para serviços da atenção especializada¹⁹ sendo percebida redução de 15% quando comparado ao mesmo período de 2014.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação / atualização dos profissionais da Atenção Básica responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes da Atenção Básica, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Aprimoramento e utilização de protocolos clínico-terapêutico, com vistas a aumentar a capacidade clínica das equipes de Atenção Básica e qualificar os encaminhamentos de usuários para a atenção especializada.
- Melhoria das práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, bem como a instituição de mecanismos de comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, entre outros), bem como incorporação das ferramentas de telessaúde articulada às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

¹⁹ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sab/cnv/SIABPbr.def>

3.2. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Conceituação:

Número de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião dentista em relação ao número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo cirurgião dentista, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação dos tratamentos concluídos pelos cirurgiões dentistas em relação às primeiras consultas odontológicas programáticas. Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados.

A adesão ao tratamento odontológico pode ser determinada por fatores sociais e econômicos, pela equipe/ sistema de cuidado de saúde, pelas características da doença, pelas terapias da doença e por fatores relacionados ao paciente (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006²⁰) O reconhecimento, por parte dos profissionais, da complexidade da relação dentista-paciente promove melhor aceitação e adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maior possibilidade de sucesso, não só para quem presta, mas também para quem recebe os cuidados (GÜRDAL et al, 2000²¹).

Considerando o indicador, resultado menor que 1 (um) reflete que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados. Porém, quando esse resultado é muito menor do que 1, isso pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados. Quando o resultado é maior que 1 (um), indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados. Essa situação aponta para uma possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes.

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na conclusão de tratamentos odontológicos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista}}{\text{Número de primeiras consultas odontológicas programáticas}}$$

²⁰ Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento– conceitos. Rev Bras Hipertenso 2006; 13(1):23-25.

²¹ Gürdal P, Çankaya H, Önem E, Dinçer S, Yılmaz T. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28:461-9.

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento odontológico individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de atendimento odontológico individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.
- Capacitação /atualização do cirurgião dentista da equipe de atenção básica para a qualificação dos atendimentos e melhoria da adesão aos tratamentos.
- Estratégias para garantir a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, lembretes aos usuários das consultas agendadas, entre outros).
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de saúde bucal, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização e conclusão dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica.
- Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado.
- Garantia de disponibilidade suficiente de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados.
- Melhorar o acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal na atenção básica.

4. Eixo: Abrangência da oferta de serviços

4.1. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica

Conceituação:

Percentual de serviços em Atenção Básica ofertados para a população, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

São atributos da Atenção Básica: a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a abrangência do cuidado. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, sendo para isso necessário que todos os usuários tenham um acesso facilitado a esses serviços (STARFIELD, 2002²²; PNAB, 2012²³). Com vistas à integralidade do cuidado, diversos serviços devem estar disponíveis aos usuários dos serviços de atenção básica. Considerando o perfil epidemiológico atual, caracterizado pela tripla carga de doenças (doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas), e a necessidade de oferta de ações para tratamento, cura, reabilitação, promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, foi elencado um rol de serviços e ações de saúde considerados importantes para oferta na Atenção Básica:

Ações e Serviços a serem realizados na Atenção Básica
Administração de medicamentos em Atenção Básica (por paciente)
Administração de medicamentos endovenoso
Administração de medicamentos via intramuscular
Administração de medicamentos via oral
Administração de Penicilina para tratamento de sífilis
Aferição de pressão arterial
Atendimento de urgência em atenção básica
Atendimento individual em domicílio
Atendimento/Avaliação/Procedimento coletivo
Atividade coletiva/educação em saúde
Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica
Avaliação antropométrica
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino
Coleta de material p/ exame laboratorial
Consulta médica em atenção básica
Curativo especial
Curativo simples
Drenagem de abscesso
Exame do Pé Diabético
Glicemia capilar
Nebulização/inalação

²² STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>.

²³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

Retirada de Cerume
Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal
Retirada de corpo estranho subcutâneo
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)
Sutura simples
Tamponamento nasal anterior e/ou posterior
Terapia de Reidratação Oral
Teste do Pezinho
Triagem oftalmológica

É essencial que as Unidades de Saúde da Atenção Básica estejam organizadas para disponibilizarem aos usuários o acesso a esses serviços, de modo a promover um cuidado adequado às necessidades de saúde da população visando aumentar a resolutividade da equipe e evitar encaminhamentos desnecessários de usuários para outros pontos de atenção à saúde da rede de atenção à saúde da região de saúde e/ou município.

Interpretação:

Mede o quantitativo de serviços ofertados para a população em relação ao total de serviços e ações na atenção básica que se espera ofertar.

Pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na oferta de serviços em Atenção Básica à população, no intuito de avaliar a abrangência da oferta de serviços neste ponto de atenção e identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Quantitativo de serviços ofertados em Atenção Básica* 100}}{\text{Total de serviços em Atenção Básica esperado}}$$

Fonte:

Numerador: Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva– Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Definição dos serviços essenciais da saúde da família – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Limitações: atendimentos/procedimentos não registrados podem indicar falta de demanda, e não falta de oferta.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado.
- Implantação dos protocolos clínico-terapêuticos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, além do monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados visando aumentar a resolutividade na atenção básica.
- Melhoria das condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).

4.2. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Conceituação:

Percentual de serviços ofertados em Saúde Bucal para a população na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

São atributos da Atenção Básica a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a abrangência do cuidado. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, sendo para isso necessário que todos tenham um acesso facilitado a esses serviços (STARFIELD, 2002²⁴; PNAB, 2012²⁵). No tocante às ações de saúde bucal na Atenção Básica, diversos serviços devem estar disponíveis aos usuários, de modo a favorecer a integralidade do cuidado. Considerando a situação de saúde bucal atual, foi elencado um rol de serviços e ações de saúde considerados importantes para serem ofertados na Atenção Básica:

Ações e Serviços a serem Ofertados na Saúde Bucal
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel
Ação coletiva de escovação dental supervisionada
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica
Acesso à polpa dentaria e medicação (por dente)
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional.
Atendimento a gestante
Atendimento de urgência
Avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal
Consulta agendada
Consulta de conclusão do tratamento em odontologia
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
Exodontia de dente decíduo
Exodontia de dente permanente
Orientação de higiene bucal
Primeira consulta odontológica programática
Profilaxia/ remoção de placa bacteriana
Pulpotomia dentária
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
Restauração de dente decíduo
Restauração de dente permanente anterior
Restauração de dente permanente posterior
Selamento provisório de cavidade dentária
Tratamento de alveolite

²⁴ STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>.

²⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

Ulotomia/ulectomia

É essencial que as equipes de saúde bucal da Atenção Básica estejam organizadas para disponibilizarem aos usuários o acesso a estes serviços, de modo a promover um cuidado adequado às necessidades de saúde bucal da população visando aumentar a resolutividade da equipe e evitar encaminhamentos de usuários para outros níveis de atenção.

Interpretação:

Mede o quantitativo de serviços ofertados em Saúde Bucal para a população em relação ao total de serviços de saúde bucal que se espera realizar.

O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na oferta de serviços em Saúde Bucal à população, no intuito de avaliar a abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica e identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Quantitativo de serviços ofertados em Saúde Bucal na Atenção Básica} * 100}{\text{Total de serviços em Saúde Bucal na Atenção Básica esperado}}$$

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento odontológico individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Definição dos serviços essenciais de saúde bucal na Atenção Básica – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Limitações: atendimentos/procedimentos não registrados podem indicar falta de demanda, e não falta de oferta.

Magnitude epidemiológica: O último e mais completo estudo epidemiológico em saúde bucal de base nacional foi conduzido pelo Ministério da Saúde em 26 capitais, no Distrito federal e 150 municípios do interior de todas as regiões do País e concluído em 2011. Esse estudo revelou que o índice de ataque da cárie dentária na dentição permanente (CPO-D) atingiu a média de 2,07 dentes aos 12 anos de idade, elevando-se a 4,25 na população da faixa etária entre 15 a 19 anos. Na faixa etária adulta (35 a 44 anos) e entre os idosos (65 a 74

anos) atinge níveis alarmantes com valores médios de 16,7 e 27,5 respectivamente. Os resultados do Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). As desordens oclusais atingem 38,8% dos escolares de 12 anos de idade (BRASIL, 2012²⁶).

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado.
- Melhoria das condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).
- Organizar a oferta de serviços essenciais em saúde bucal na Atenção Básica;
- Melhorar o acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal na atenção básica à saúde.

²⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p. : il. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

1.1 Índice de atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

Conceituação:

Índice composto pelos tipos de atendimentos que devem ser realizados pelos Nasf, quais sejam: atendimentos individuais, atendimentos domiciliares, atendimentos compartilhados com profissionais das equipes de Saúde da Família vinculadas e atendimentos em grupo. Esse índice é composto por quatro indicadores, cujas fichas de qualificação estão descritas nos itens de 5.1 a 5.4: (1) Média de atendimentos individuais realizados pelo Nasf; (2) Percentual de atendimentos domiciliares realizados pelo Nasf; (3) Percentual de atendimentos compartilhados realizados pelo Nasf; e (4) Percentual de atendimentos em grupo realizados pelo Nasf.

Interpretação:

Mede a realização pelo Nasf de atendimentos individuais, atendimentos domiciliares, atendimentos compartilhados e atendimentos em grupo.

Para realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até ambas ao mesmo tempo), a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersectoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2014²⁷).

As atividades de apoio direto às equipes de saúde da família, por meio de atendimentos compartilhados, deve ser uma das intervenções mais frequentes na rotina de trabalho de um profissional do Nasf. Os atendimentos compartilhados contribuem para que os profissionais de saúde adquiram mais conhecimento e possam conduzir casos semelhantes com maior autonomia, tornando a equipe de saúde da família mais resolutiva. Outro importante recurso a ser utilizados pelos profissionais do Nasf são os trabalhos em grupo, excelentes espaços para socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos.

Considerando que essas atividades desenvolvidas pelo Nasf possuem um maior potencial de impacto tanto no trabalho das equipes de saúde da família quanto na população coberta, os indicadores de *Percentual de atendimentos compartilhados realizados pelo Nasf* e de *Percentual de atendimentos em grupo realizados pelo Nasf* terão um maior peso na composição do índice, de 40% cada um. Já os demais, *Média de atendimentos individuais realizados pelo Nasf* e *Percentual de atendimentos domiciliares realizados pelo Nasf*, terão peso de 10% cada um.

O índice pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Método de cálculo:

Média de atendimentos individuais realizados pelo NASF X 0,1 + Percentual de atendimentos domiciliares realizados pelo NASF X 0,1 + Percentual de atendimentos compartilhados realizados pelo NASF X 0,4 + Percentual de atendimentos em grupo realizados pelo NASF X 0,4

90,1*

* Valor máximo esperado

O índice variará entre 0 e 1, assumindo que o valor máximo esperado é igual a 90,1

Indicador	Valor Máximo Esperado	Peso	Valor Observado
Média de atendimentos individuais realizados pelo NASF	1	0,1	0,1
Percentual de atendimentos domiciliares realizados pelo NASF	100%	0,1	10
Percentual de atendimentos compartilhados realizados pelo NASF	100%	0,4	40
Percentual de atendimentos em grupo realizados pelo NASF	100%	0,4	40
Total			90,1

Média de atendimentos individuais realizados pelo Nasf

Conceituação:

Número médio de atendimentos individuais de profissionais do Nasf à população cadastrada nas equipes Saúde da Família vinculadas ao Nasf, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação entre a produção de atendimentos individuais de profissionais do Nasf e a população residente na área geográfica das equipes de saúde da família vinculadas ao Nasf.

A integração do trabalho do Nasf com as equipes de saúde da família deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de atenção básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários. Dessa forma, os profissionais do Nasf desenvolvem trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial, a

qual produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários, e técnico-pedagógica, que produz ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014²⁸).

Estratégias para o atendimento de demandas existentes na UBS anteriormente à chegada dos profissionais do Nasf à Atenção Básica precisam, também, ser definidas. A chegada de novas categorias profissionais antes não presentes neste ponto de atenção gera, frequentemente, procura por parte das equipes de AB por resposta à demanda reprimida por meio de atendimentos específicos realizados pelo Nasf. Portanto, cabe a esses profissionais, conforme as diretrizes preconizadas para o desenvolvimento de seu processo de trabalho, discutir estratégias com essas equipes, evitando a superlotação de suas agendas no início das atividades e o distanciamento da lógica preconizada (centrada no usuário e com base em discussões de casos, e não encaminhamentos), ainda que isso não elimine a possibilidade de atendimentos individuais por profissionais do Nasf (BRASIL, 2014²⁹).

O indicador pode ser desagregado por profissional do Nasf (por CBO) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos de profissionais do Nasf na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos de profissionais do Nasf em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao Nasf.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

Número de atendimentos individuais registrados por profissionais do Nasf **População total cadastradas das equipes vinculadas ao Nasf**

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de cadastro individual do SISAB/MS para unidade básica de saúde e equipe.

Estimativa populacional para TCU (IBGE), para Brasil, estado, região de saúde e município.

Periodicidade: mensal

²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Limitações:

Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Implantação dos protocolos clínico-terapêuticos, além do monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados visando aumentar a resolutividade na atenção básica.
- Discutir estratégias de encaminhamentos de pacientes acompanhadas pelas equipes de saúde da família para o atendimento por profissionais das equipes Nasf vinculadas.

Percentual de atendimentos domiciliares realizados pelo Nasf

Conceituação:

Percentual de atendimentos domiciliares de profissionais do Nasf à população cadastrada nas equipes Saúde da Família vinculadas ao Nasf, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mensura a relação entre a produção de atendimentos domiciliares de profissionais do Nasf e a população residente na área geográfica das equipes de saúde da família vinculadas ao Nasf.

A atenção domiciliar realizada por profissionais do Nasf à população cadastrada pelas equipes de saúde da família pode servir tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos usuários. É importante destacar que para o sucesso de um atendimento domiciliar existe uma série de habilidades de observação e comunicação por parte do profissional que realiza o apoio, uma vez que o domicílio é o território íntimo e privativo da família, é extremamente necessário que seja mantida postura de respeito aos valores pessoais e culturais em questão (BRASIL, 2014³⁰).

³⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

O indicador pode ser desagregado por profissional do Nasf (por CBO) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos domiciliares de profissionais do Nasf na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos domiciliares de profissionais do Nasf em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao Nasf.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos domiciliares registrados por profissionais do Nasf} * 100}{\text{Total de atendimentos individuais realizados pelo Nasf}}$$

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Orientação dos protocolos clínico-terapêuticos para os profissionais do Nasf a fim de que as equipes prestem atendimento às famílias vinculadas as equipes de saúde da família vinculada.

Percentual de atendimentos compartilhados realizados pelo Nasf

Conceituação:

Percentual de atendimentos compartilhados realizados entre os profissionais do Nasf e os profissionais das equipes de Saúde da Família vinculadas ao Nasf, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação entre a produção de atendimentos compartilhados entre profissionais do Nasf e das equipes Saúde da Família à população residente na área geográfica das Unidades de Saúde vinculadas ao Nasf.

O atendimento ou consulta compartilhada é considerada uma das intervenções mais efetivas na rotina de trabalho de um profissional do Nasf. Nesse atendimento, o profissional tem a oportunidade de conversar diretamente com o usuário ou família em questão, que costuma ser atendidos de forma compartilhada entre a equipe de saúde da família e o Nasf. A implantação dos atendimentos compartilhados serve a vários propósitos, como fortalecer o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de Saúde da Família e com os profissionais do Nasf; facilitar a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permitir a pactuação de ações por meio de um mediador externo; possibilitar ao apoiador contato com a realidade do paciente sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica inédita (BRASIL, 2014³¹).

Pode ser desagregado por profissional do Nasf (por CBO) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Ainda, pode ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos compartilhados entre profissionais do Nasf e das equipes Saúde da Família, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos compartilhados entre profissionais do Nasf e das equipes Saúde da Família em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao Nasf.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos individuais registrados conjuntamente por profissionais do Nasf e da eSF} * 100}{\text{Total de atendimentos individuais realizados pelo Nasf}}$$

³¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Onde:

eSF: Equipe de Saúde da Família

Fonte:

Numerador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Orientação dos protocolos clínico-terapêuticos para os profissionais do Nasf a fim das equipes prestarem atendimento às famílias vinculadas as equipes de saúde da família.

Percentual de atendimentos em grupo realizados pelo Nasf**Conceituação:**

Percentual de atendimentos em grupo realizados por profissionais do Nasf à população cadastrada nas equipes Saúde da Família vinculadas ao Nasf, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Interpretação:

Mede a relação entre a produção de atendimentos em grupo realizados por profissionais do Nasf e a o total de atividades coletivas realizadas pelos profissionais do Nasf. Considera-se atendimentos em grupos, os atendimentos em grupo e a avaliação/procedimento coletivo, bem como atividades coletivas as atividades de educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo, mobilização social.

O trabalho em grupo constitui um importante recurso de produção do cuidado na atenção básica. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc. O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos

coletivos (BRASIL, 2014³²). O atendimento em grupo é voltado para ações de atividade física, terapia comunitária, bem como avaliação antropométrica, teste de acuidade visual entre outros.

Pode ser desagregado por profissional do Nasf (por CBO) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.

Usos:

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos em grupo realizados por profissionais do Nasf na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos em grupo realizados por profissionais do Nasf em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao Nasf.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

Número de atendimento em grupo registrado por profissional de Nasf*100

Total de atividades coletivas realizadas pelo Nasf

Onde:

Atendimento em grupo = atendimentos em grupo e a avaliação/procedimento coletivo

Fonte:

Numerador: Ficha de atividade coletiva - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Denominador: Ficha de atividade coletiva - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Periodicidade: mensal

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Capacitação/atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica, de forma a reforçar os conceitos adotados.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas,

³² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.