

2ª edição revista e ampliada

CADERNO DE BOAS PRÁTICAS PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA

Indicadores e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB

BOTUCATU, SP 2026



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO – CAMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ANA CLARA GATTO – CRB 8/10577

10577Cadernos de boas práticas para organização de serviços de atenção básica [recurso eletrônico] : indicadores e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB / Organização Elen Rose Lodeiro Castanheira. – 2. ed. rev. e ampl. – Botucatu : QualiAB:
FMB/UNESP, 2026
323 p.

Ebook
Vários autores
Material desenvolvido com apoio CNPq (423061/2021-6), CAPES (88887.691639/2022-00) e FAPESP (2025/10227-0) ISBN: 978-65-5067-106-8

1.Atenção primária à saúde. 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.3. Promoção da saúde. 4. Estudos transversais. 5. Autoavaliação. I. Castanheira, Elen Rose Lodeiro. II. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu.

CDD 610.68



Organização



Organização:
Elen Rose Lodeiro Castanheira

Autoria (Equipe QualiAB):
Elen Rose Lodeiro Castanheira – FMB UNESP
Caroline Eliane Couto – FMB UNESP
Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Unioeste PR/ FMB UNESP
Eduardo de Sousa Gomes - FMB UNESP
Luceime Olívia Nunes – UniFSP/ FMB UNESP
Mariana Arantes Nasser - UNIFESP
Marta Campagnoni Andrade - FCM Santa Casa de São Paulo
Stella Bianca Gonçalves Brasil Pissatto - SMS de Tietê
Ligia Schiavon Duarte - Instituto de Saúde / SES-SP
Monica Martins de Oliveira Viana - Instituto de Saúde / SES-SP
Patricia Rodrigues Sanine - FMB/UNESP
Adriano Dias – FMB/UNESP

Revisão Técnica:
Elen Rose Lodeiro Castanheira - FMB/UNESP
Eduardo de Sousa Gomes - FMB UNESP
Caroline Eliane Couto - FMB/UNESP
Thais Fernanda Tortorelli Zarili - Unioeste/PR

Responsáveis técnicos (TI) pelo Sistema QualiAB:
Stefan Taiguara
Waldomiro Martins Neto

Financiamento:
CNPq (Processo N° 423061/2021-6)
CAPES (Processo N° 88887.691639/2022-00)
FAPESP (Processo N° 2025/10227-0)

Diagramação e arte:
Helma Katia
Jadson Alves

Revisão:
Ana Lúcia Pereira Horn

Foto Capa:
Agência Brasília

Lista de Quadros

Pág. 19 — Quadro 1 – Distribuição das questões de gerência (G), de equipe de atenção primária/saúde da família (E) e de equipe de saúde bucal (SB) segundo tipo de resposta e critérios de pontuação atribuído. QualiAB, 2025

Pág. 25 — Quadro 2 – Número de indicadores e questões correspondentes agrupados em três dimensões e 14 domínios. QualiAB 2025

Pág. 27 — Quadro 3 – Indicadores da dimensão Gestão e Gerenciamento Local, de acordo com a numeração das questões correspondentes, agrupados em dois domínios. QualiAB 2025

Pág. 28 — Quadro 4 – Indicadores da dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde nas eSF/eAP, de acordo com a numeração das questões correspondentes, agrupados em 12 domínios. QualiAB 2025

Pág. 32 — Quadro 5 – Indicadores da dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal, de acordo com a numeração das questões correspondentes. QualiAB 2025

Pág. 38 — Quadro 6 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos. QualiAB, 2025

Pág. 51 — Quadro 7 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Gestão e Planejamento. QualiAB, 2025

Pág. 66 — Quadro 8 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Organização do Trabalho. QualiAB, 2025

Pág. 77 Quadro 9 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Atividades Profissionais. QualiAB, 2025 81

Pág. 90 Quadro 10 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Educação em Saúde para População do Território. QualiAB, 2025

Pág. 98 Quadro 11 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social. QualiAB, 2025

Pág. 124 Quadro 12 – Indicadores e questões correspondentes pertencentes ao domínio Saúde da Criança. QualiAB, 2025

Pág. 137 Quadro 13 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde de Adolescentes e Jovens. QualiAB, 2025

Pág. 156 Quadro 14 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde do Adulto. QualiAB, 2025

Pág. 183 Quadro 15 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Gestação e Puerpério. QualiAB, 2025

Pág. 200 Quadro 16 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Atenção a Condições de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis. QualiAB, 2025

Pág. 213 Quadro 17 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde da Pessoa Idosa. QualiAB, 2025

Pág. 225 Quadro 18 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde Mental. QualiAB, 2025

Pág. 239 Quadro 19 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde Bucal da dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal. QualiAB, 2025

Sumário

APRESENTAÇÃO DA 2ª EDIÇÃO REVISTA E AMPLIADA

CAPÍTULO 1 – QUALIAB: SISTEMA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA QUALIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

12 **1.1** - Introdução

14 **1.2** - Qual a qualidade avaliada?

15 **1.3** - Como participar do sistema QualiAB

16 **1.4** - Estrutura do questionário

18 **1.5** - Como são definidos os escores de qualidade

18 **1.5.1** - Questões descritivas – não pontuadas

18 **1.5.2 -** Questões pontuadas – indicadores de qualidade

20 **1.5.3** - Questões de múltipla escolha (permitem assinalar mais de uma alternativa)

23 **1.5.4 -** Questões de resposta única (permitem assinalar apenas uma alternativa)

24 **1.6** - Resultados

26 **1.7** - Análise dos resultados por dimensões e domínios

33 **1.8 -** Relatórios e resultados consolidados

33 **1.8.1** - Resultado de cada equipe

33 **1.8.2** - Resultados do gerente/responsável de unidade

34 **1.8.3** - Resultados do gestor municipal

34 **1.9** - Limites do sistema QualiAB

CAPÍTULO 2 – CRITÉRIOS E PADRÕES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA – QUALIAB 2026

37 **1.10** - Dimensão: Gestão e Gerenciamento Local

38 **1.10.1** - Domínio: Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos

51 **1.10.2** - Domínio: Gestão e Planejamento

65 **1.11** - Dimensão: Organização do Trabalho e Atenção à Saúde – Equipes de Saúde da Família/Atenção Primária

66 **1.11.1** - Domínio: Organização do Trabalho

77 **1.11.2** - Domínio: Atividades Profissionais

90 **1.11.3** - Domínio: Educação em Saúde para População do Território

98 **1.11.4** - Domínio: Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social

124 1.11.5 - Domínio: Saúde da Criança
136 1.11.6 - Domínio: Saúde de Adolescentes e Jovens
155 1.11.7 - Domínio: Saúde do Adulto
183 1.11.8 - Domínio: Gestação e Puerpério
199 1.11.9 - Domínio: Atenção a Condições de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis
212 1.11.10 - Domínio: Saúde da Pessoa Idosa
225 1.11.11 - Domínio: Saúde Mental
239 1.12 - Dimensão: Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal



Apresentação da 2ª Edição Revista e Ampliada

A segunda edição, revista e atualizada do Caderno de Boas Práticas para Organização de Serviços de Atenção Básica - Indicadores e padrões, utilizados pelo Sistema QualiAB é resultado de um processo de revisão iterativa que envolveu pesquisadores, gestores, profissionais e usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

O gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é contemplado por um conjunto inicial de questões a ser respondido pelo profissional responsável; enquanto as questões mais diretamente relacionadas à organização das ações de promoção, prevenção e assistência são direcionadas a cada uma das equipes de saúde da família, de atenção primária e saúde bucal que integram cada unidade.

As alterações realizadas abrangem, ainda, a atualização dos critérios e padrões da avaliação e o conteúdo das questões e indicadores utilizados. As ações de promoção e educação em saúde foram detalhadas de modo a valorizar essas dimensões do cuidado. Procurou-se dar maior visibilidade às ações voltadas às necessidades de diferentes grupos populacionais, tais como saúde de jovens e adolescentes, saúde da população LGBTQIAPN+ e saúde da população negra. Houve também a ampliação da abordagem de temas intersetoriais, como a violência nos diferentes ciclos de vida, além da revisão de temáticas mais tradicionais, como a atenção à criança, à gestante, aos idosos e às pessoas que vivem com doenças crônicas, entre outros.

Espera-se, assim, que a avaliação proposta contribua para fomentar o debate e a ampliação de uma visão crítica sobre a organização dos processos de trabalho. Busca-se, desse modo, fortalecer as equipes em suas complexas atribuições, de forma a avançar na efetivação da APS como ordenadora do cuidado e como núcleo estruturante de uma rede de atenção à saúde comprometida com a saúde como direito.





Capítulo 1 – QualiAB: Sistema de Avaliação e Monitoramento da Qualidade de Unidades Básicas de Saúde



1.1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é estruturante para o Sistema Único de Saúde (SUS), por constituir sua principal porta de entrada e influenciar o funcionamento e o desempenho de toda a rede. Avaliar os serviços desse nível de atenção permite analisar criticamente os processos de trabalho e seus resultados, identificar limites e potencialidades, além de orientar mudanças, contribuindo para a qualificação do cuidado e para o fortalecimento da gestão dos serviços de saúde (Hartz; Silva, 2005; Tanaka; Tamaki, 2012; Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

Nesse sentido, é preciso instituir mecanismos de avaliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que são os serviços responsáveis pela coordenação do cuidado e pela organização das ações de promoção, prevenção e assistência nos territórios, fundamentais para a concretização dos princípios do SUS, como um sistema público, universal, integral e equânime (Brasil, 2011, 2017).

O Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB configura-se como um instrumento de avaliação de caráter formativo, voltado ao monitoramento e à análise da organização dos processos de trabalho nas UBS. Seu objetivo é apoiar equipes e gestores na identificação de avanços, desafios e oportunidades de aprimoramento das práticas de atenção à saúde, contribuindo para o fortalecimento da cultura avaliativa e para o desenvolvimento de ações de educação permanente no âmbito da APS (Castanheira et al., 2020).

Avaliar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) permite compreender como o trabalho é realizado, reconhecer avanços, identificar desafios e orientar mudanças capazes de qualificar o cuidado oferecido à população.

O Caderno de Boas Práticas para Organização de Serviços de Atenção Básica apresenta a proposta de avaliação do Sistema QualiAB, detalhando seus fundamentos, critérios e padrões de qualidade. É dirigido a profissionais de saúde, gerentes e gestores responsáveis pela organização e pelo desenvolvimento das ações de saúde nas UBS do SUS.

O sistema é constituído por questionários dirigidos aos gerentes das unidades e às equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP) e de Saúde Bucal (eSB); pelo Caderno de Boas Práticas; e por relatórios online, gerados automaticamente e que apresentam os resultados para cada UBS participante e para o gestor municipal, assim que a avaliação é concluída.

A proposta de avaliação centra-se na análise da organização do processo de trabalho das equipes, por meio de indicadores que permitem identificar quais ações são desenvolvidas nos serviços, como são executadas e em que medida se aproximam dos critérios e padrões recomendados pelos protocolos técnico-científicos e pelas diretrizes éticas e organizacionais do SUS.

O preenchimento dos questionários pressupõe que gerentes e equipes se reúnam para discutir seus processos de trabalho, favorecendo a construção de diagnósticos compartilhados sobre a organização do serviço. Além disso, as recomendações associadas aos indicadores podem apoiar tanto processos de educação continuada, ao contribuir para a atualização de temas específicos, quanto de educação permanente, ao subsidiar reflexões sobre o cotidiano do trabalho em saúde.

Nesse sentido, o processo avaliativo atua como indutor de espaços de discussão e reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido nas UBS, permitindo identificar potencialidades, reconhecer desafios e definir prioridades de mudança de acordo com as necessidades de saúde da população e as especificidades de cada território.

O QualiAB vem sendo continuamente desenvolvido e revisado nessa perspectiva, oferecendo às equipes e aos gestores uma ferramenta de avaliação que apoia a identificação e o planejamento de mudanças na organização dos processos de trabalho. A participação é voluntária e não está vinculada a incentivos financeiros, orientando-se pelo princípio de que a avaliação deve constituir-se como instrumento de qualificação do trabalho em saúde, de acordo com a realidade e as necessidades de saúde de cada município.

Espera-se que a avaliação apresentada neste Caderno contribua para o fortalecimento do debate sobre a qualidade das UBS, subsidiando a análise crítica do modelo assistencial vigente e apoiando a construção coletiva de práticas capazes de garantir a saúde como direito, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Avaliar não é apenas medir resultados, mas compreender processos, identificar possibilidades de mudança e apoiar a construção de práticas de saúde qualificadas e que respondam às necessidades de cada território.



1.2 Qual a qualidade avaliada?

O crescente interesse em avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária tem contribuído para o avanço do SUS ao produzir evidências sobre o alcance dos seus princípios e dos da APS. As avaliações têm intencionalidade e impulsionam a qualidade do conjunto das ações em saúde, a partir da mobilização técnico-política da gestão, da gerência local e dos profissionais que atuam diretamente nas unidades.

A qualidade do trabalho nas UBS está relacionada a uma diversidade de fatores complexos. Uma importante dimensão para avaliação da qualidade é a abordagem do modo como as ações estão organizadas, pois essas ações indicam a atenção oferecida aos usuários e estão mais diretamente sob a governabilidade das equipes locais de saúde e da gestão municipal, ainda que sejam interdependentes dos projetos de saúde em disputa nos diferentes níveis do sistema, efetivados por meio de políticas de gestão e financiamento.

A abordagem desenvolvida pela equipe QualiAB toma a organização do trabalho como foco central de avaliação, propondo indicadores de qualidade que apontem quais ações são realizadas, como são operadas e em que medida se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes estabelecidas para a Atenção Primária pelo SUS (Brasil, 2011, 2017).

O instrumento define um conjunto de indicadores de processo e, secundariamente, de estrutura, que procuram abarcar as diferentes etapas de promoção, prevenção e assistência de atividades sob responsabilidade das UBS.
É dado maior peso aos indicadores de processo, de modo a instrumentalizar discussões sobre a organização das ações realizadas na unidade de saúde, as quais dependem, fundamentalmente, da atuação dos profissionais. A construção dos indicadores foi realizada por processo de pesquisa que envolveu profissionais de saúde, usuários, gestores e especialistas em APS, tomando por referência a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011, 2017), a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) e outras publicações técnicas e científicas do campo da Atenção Primária em Saúde.

A avaliação proposta pelo sistema QualiAB baseia-se em estudos que demonstram a importância da organização do processo de trabalho para a definição do modelo assistencial realizado pelas práticas de saúde (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 2000;

Mendes-Gonçalves, 2017; Paim, 2017), além de apoiar-se em pesquisas avaliativas que apontam variáveis de processo como bons preditores dos resultados esperados (Donabedian, 1997; 1988) e nos trabalhos pregressos que validaram a capacidade de discriminação do instrumento QualiAB e de seu construto de qualidade (Castanheira et al., 2020; Zarili et al., 2021).

Tomar a organização do processo de trabalho como nuclear para qualidade da Atenção Básica, representa o reconhecimento da capacidade do trabalho de implementar mudanças comprometidas com a conquista da saúde como direito, sem desconhecer os limites impostos por condições políticas e institucionais, mas apostando na potência transformadora do trabalho.

1.3 Como participar do sistema QualiAB

A adesão inicial é feita pelo gestor municipal de saúde, ou pelo seu representante, no site do Sistema QualiAB (https://qualiab.fmb.unesp.br/). Após cadastrar o e-mail e a senha de acesso, o gestor deve conferir as unidades que compõem a rede de Atenção Básica do município e que foram pré-cadastradas pelo sistema.

A adesão dos municípios é voluntária. Para participar do processo de avaliação, o gestor municipal de saúde deve aderir ao sistema (https://qualiab.fmb.unesp.br/) por meio da assinatura online de um termo de adesão, no qual assume o compromisso de que as informações contidas no questionário não prejudicarão o trabalho ou a inserção de qualquer profissional no serviço.

Ao aderir, o gestor municipal deve conferir e atualizar o nome das unidades básicas em funcionamento, que estarão previamente listadas por município segundo dados do CNES.

Após a adesão do gestor municipal, os gerentes ou responsáveis locais das UBS devem realizar a adesão, no mesmo site, cadastrando o e-mail e a senha e localizando a unidade pela qual são responsáveis. Concluída a adesão, os gerentes/responsáveis locais das UBS devem responder ao módulo com questões sobre gerência e cadastrar todas as equipes presentes em sua unidade: eSF, eAP e eSB. O cadastro das equipes pelo gerente/responsável da UBS é essencial para que estas possam ter acesso e responder ao Módulo Equipe.

O questionário é composto de três módulos:

- Gestão e Gerenciamento Local – respondido pelo Gerente/responsável da UBS.

- Organização do Trabalho e Atenção à Saúde – respondido por cada uma das eSF e/ou eAP que integra a unidade.

- Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal – respondido por cada eSB que integra a unidade.

Embora o acesso aos módulos das equipes seja realizado pelo profissional responsável por elas, o envolvimento do conjunto da equipe é essencial para que o processo avaliativo cumpra com seu objetivo de instrumento que estimula o debate e reflexão sobre o trabalho, durante o próprio processo de avaliação.

As respostas ao inquérito são salvas automaticamente, sem que haja necessidade de o questionário ser completamente respondido, porém a finalização e o envio só serão possíveis quando todas as questões estiverem respondidas.

Outras dúvidas poderão ser esclarecidas por meio do e-mail qualiab.fmb@unesp.br ou do site do sistema, ao clicar em "Envie sua Mensagem", no final da página inicial.



1.4 Estrutura do questionário

O questionário online é composto de 153 questões, divididas em três módulos:

- Gestão e Gerenciamento Local (35 questões);

- Organização do Trabalho e Atenção à Saúde – eSF e/ou eAP (97 questões);

- Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal (21 questões).

A organização sequencial das questões em blocos temáticos facilita a resposta, reunindo atividades afins. O conjunto das respostas permite uma descrição geral da organização do serviço em suas diversas frentes de atuação. As alternativas de cada questão procuram contemplar a diversidade de ações possíveis em cada conjunto temático e cobrir a heterogeneidade dos serviços.
O detalhamento de algumas questões é feito por subitens, que ampliam ou reduzem o número de questões a serem respondidas online, de acordo com a realidade do serviço.

Por exemplo, a unidade que não dispensa medicamentos (G14), não responderá à questão G14.1, que detalha os grupos de medicamentos que são dispensados. O mesmo ocorre em questões semelhantes, nas quais a negativa da ação suprime as questões que abordam seu detalhamento.

Nesse sentido, o total de questões a serem respondidas pode variar de 153 a 171, sendo esse último número correspondente ao caso em que todos os detalhamentos (ou subitens) representam ações realizadas na unidade e, por isso, precisam ser respondidas.

I. Gestão e Gerenciamento Local (35 questões)

I.1. Identificação e características gerais da unidade (30 questões) – G1 a G29
I.2. Características da gerência/coordenação local (5 questões) – G30 a G35

II. Organização do Processo de Trabalho e Atenção à Saúde – eSF e/ou eAP (97 questões)

II.1. Características gerais do território (5) – E1 a E5
II.2. Composição e atividades da equipe (6) – E6 a E11
II.3. Educação em saúde para a população do território (2) – E12 e E13
II.4. Organização geral da assistência (8) – E14 a E21
II.5. Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social (13) – E22 a E34
II.6. Saúde da criança (8) – E35 a E42
II.7. Saúde de adolescentes e jovens (8) – E43 a E50
II.8. Saúde do adulto (13) – E51 a E63
II.9. Atenção à gestação e puerpério (12) – E64 a E75
II.10. Condições de risco e doenças crônicas não transmissíveis (9) – E76 a E84
II.11. Saúde da pessoa idosa (5) – E85 a E89
II.12. Saúde mental (8) – E90 a E97

III. Organização do Processo de Trabalho e Atenção à Saúde Bucal (21 questões)

III.1. Saúde bucal (21) – SB1 a SB21

1.5 Como são definidos os escores de qualidade

Do total ampliado de 171 questões (e subitens) que compõem os três módulos, 117 questões são pontuadas – geram valores (escores) – e 54 são descritivas, ou seja, caracterizam o contexto de atuação dos serviços e não compõem os escores atribuídos para cada unidade.

1.5.1 Questões descritivas – não pontuadas

São constituídas por dois tipos de questões:

- As que abordam aspectos que descrevem a unidade, como: características institucionais, inserção geográfica, horário de funcionamento, vínculos de trabalho, tecnologias utilizadas, participação dos profissionais em atualizações e treinamentos, canais de reclamação, presença e atividades do gerente ou responsável pela unidade; além de questões opinativas, como a identificação de desafios para a qualidade e, ao final, a avaliação do questionário aplicado.
- As relacionadas ao acesso à rede de serviços e aos sistemas de informação, bem como aos programas que não são desenvolvidos em todas as unidades. Embora possam qualificar a atenção realizada, dependem, centralmente, de outros níveis de gestão e/ou referem-se à execução de ações não implementadas no conjunto dos serviços de APS.

1.5.2 Questões pontuadas – indicadores de qualidade

As 117 questões pontuadas são aquelas que definem os indicadores de qualidade organizacional considerados na avaliação. A atribuição de pontuação aos indicadores especifica níveis de qualidade, que procuram refletir os diferentes graus de adequação das práticas e da organização do cuidado às recomendações e aos consensos estabelecidos para as ações sob responsabilidade das UBS.

Entretanto, o número questões pontuadas consideradas no escore da UBS pode variar de 112 a 117 em duas situações:

- Em relação à Gestão e Gerenciamento Local, o número de indicadores varia caso a unidade conte ou não com a atuação de um farmacêutico (questão G16). Será considerado como indicador quando houver um profissional farmacêutico que dê cobertura à unidade ou integre a equipe local (G16.1); caso contrário, a questão não será considerada como indicador.



• Em relação ao domínio Atividades Profissionais, o número de indicadores varia de acordo com os profissionais que compõem a equipe local (questão E6) e pontuam as atividades de cada um que atua diariamente na unidade (E6.1 a E6.4, E6.6.1, E6.7, E6.8.2). Essa variação considera a presença ou não de agentes comunitários de saúde (ACS), e as especialidades médicas presentes diariamente na unidade.

É importante destacar que quando a unidade não tem eSB, as questões desse módulo não serão respondidas, mas a unidade terá os 8 indicadores dessa dimensão com pontuação zero. Em outras palavras, a ausência de eSB será considerada negativa para a definição do escore final da UBS.

Os diferentes tipos de questões – de múltipla escolha ou de resposta única – e o número maior ou menor de alternativas também determinam variações na forma de atribuir pontuação a cada indicador. A variabilidade de critérios permitiu ajustar as pontuações de forma mais coerente com o conteúdo das questões e com as práticas avaliadas. Isso amplia a capacidade do instrumento de diferenciar níveis de qualidade e contribui para análises mais precisas sobre a realidade da organização do processo de trabalho nas UBS (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição das questões de gerência (G), de equipe de atenção primária/ saúde da família (E) e de equipe de saúde bucal (SB) segundo tipo de resposta e critérios de pontuação atribuído. QualiAB, 2025

Tipo de Resposta	Critério de pontuação	Questões
Múltiplas alternativas	Escore distribuído por quintis, conforme proporção de alternativas selecionadas	G8, G9, G11, G12 G13, G15, G16.1, G18, G28, G34, G35
		E4, E6.1, E6.2, E6.3, E6.4, E6.6.1, E6.7, E6.8.2, E8, E11, E12.2, E13.2, G14.1, E18, E19, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E31, E32, E33, E34, E35, E38, E39, E40, E41, E42, E43, E44, E45, E46, E47, E48, E49, E50, E51, E52, E53, E54, E55, E56, E57, E59, E60, E61, E62, E63, E64, E66, E67, E68, E70, E74, E75, E76, E77, E78, E79, E80, E81, E82, E83, E89, E85, E89, E87, E88, E89, E90, E91, E92, E93, E94, E95
		SB5, SB7, SB8, SB9, SB10, SB11, SB12, SB13
Múltipla alternativa	Definição de um número mínimo de ações/temáticas	G20, G25, G27
		E12.1, E13.1, E58
Alternativa única	Valor específico atribuído a cada alternativa	G4
		E9, E15, E17, E20, E36, E37, E65, E69, E71, E72, E73



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

São questões que definem indicadores compostos pela integração das várias alternativas. Para a maioria dos indicadores derivados de questões de múltipla escolha, os escores foram distribuídos em quintis, permitindo classificar o desempenho das unidades em cinco categorias: Inadequado, Insuficiente, Aceitável, Esperado e Excelente. Essa estratégia possibilita captar diferenças sutis entre situações de maior fragilidade e aquelas mais próximas das recomendações, evitando análises pouco sensíveis à complexidade do processo de trabalho.

O escore de cada questão é calculado a partir da soma dos pontos atribuídos a cada variável assinalada, distribuindo o escore segundo **quintis:**

0 a 19% = Inadequado
≥20% a 39% = Insuficiente
≥40% a 59% = Aceitável
≥60% a 79%= Esperado
≥80% a 100% = Excelente

A distribuição interna de valores entre as alternativas varia de 0 a 2 (0, 1 e 2), atribuindo-se o valor máximo não apenas pela importância do item, mas também por sua capacidade de discriminação. É atribuído o valor 1 a itens já incorporados na maior parte dos serviços. Isso indica que esses itens, embora sejam importantes, não representam um aspecto diferencial de qualidade. Por exemplo:

E23. Em casos de suspeita de TUBERCULOSE pulmonar, a equipe deve:
Selecione uma ou mais alternativas

1) fazer um teste rápido para tuberculose (TRM-TB) 2
2) solicitar raio-X de pulmão 1
3) pesquisa de BAAR no escarro 1
4) pesquisa de BAAR em duas amostras de escarro, uma no primeiro atendimento e, a segunda, com o primeiro escarro da manhã 1
5) investigar determinantes sociais e comorbidades (abuso de álcool e outras drogas, diabetes, desnutrição, entre outras) 2
6) realizar Interferon Gamma Release Assay (IGRA) 1
7) realizar Prova Tuberculínica (PT)/Derivado Proteico Purificado (PPD) 1
8) encaminhar para diagnóstico e tratamento em serviços de referência 0

Pontuação total = 9
Escore por quintis:
0 a 19% = Inadequado (1 ponto)
≥20 a 39% = Insuficiente (2 a 3 pontos)
≥40 a 59% = Aceitável (4 a 5 pontos)
≥60 a 79%= Esperado (6 a 7 pontos)
≥80 a 100% = Excelente (8 a 9 pontos)

A pontuação final atribuída ao serviço resulta da média da pontuação dos indicadores considerados (entre 112 e 117) e representa o grau de qualidade organizacional alcançado em relação ao "melhor possível", de acordo com os padrões considerados, correspondendo ao desempenho Excelente (≥80 a 100%).

Há ainda um segundo critério de definição de escores atribuído às questões de múltipla escolha, condicionando nível Excelente à presença de um número mínimo de ações ou temáticas contempladas, dada à grande variabilidade de respostas possíveis. Por exemplo:

E13.1. Temas de educação em saúde abordados no território nos últimos 12 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Alimentação saudável e segurança alimentar 1
2) Prática de atividades físicas 1
3) Qualidade de vida e envelhecimento saudável 1
4) Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis 1
5) Planejamento reprodutivo 1
6) Gestação na adolescência 1
7) Saúde bucal 1
8) Sexualidade e gênero 1
9) Tuberculose 1
10) Hanseníase 1
11) Tabagismo 1
12) Uso de álcool e outras drogas 1
13) Racismo 1
14) Violência 1
15) Prevenção do suicídio 1
16) Vacinação 1
17) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros) 1
18) Controle da proliferação de vetores (prevenção de dengue, leishmaniose, malária, outros) 1
19) Posse responsável de animais 1
20) Outras. Especifique: _____ 0

Pontuação total = 19
Inadequado = 0
Insuficiente – 1 a 2
Aceitável – 3
Excelente ≥4

1.5.4 Questões de resposta única (permitem assinalar apenas uma alternativa)

Para os indicadores derivados de questões de alternativa única, a pontuação foi diferenciada entre as opções de resposta, considerando o grau de alinhamento de cada alternativa às recomendações. Nesse caso, o escore é atribuído a cada alternativa, lembrando que as alternativas são excludentes entre si. Por exemplo:

E9. Periodicidade das REUNIÕES DE EQUIPE no último ano:
Selecione apenas uma alternativa

1) Semanal – Excelente
2) Quinzenal – Esperado
3) Mensal – Aceitável
4) Bimestral ou intervalos maiores – Insuficiente
5) Aconteceram de acordo com o surgimento dos problemas – Insuficiente
6) Não ocorreram reuniões de equipe periódicas – Inadequado





1.6 Resultados

Os resultados podem ser acessados no sistema imediatamente após a finalização dos questionários.

De modo a garantir o sigilo, de acordo com o perfil dos respondentes, o acesso aos resultados é feito por meio do login e senha previamente cadastrados. A aba "Resultados" disponibiliza essas informações por meio de acesso restrito de acordo com o perfil de cada usuário – para cada equipe (eSF, eAP, eSB), para gerentes/responsáveis de cada UBS e de todas as UBS, para cada gestor municipal. Os gestores estadual e federal têm acesso ao conjunto dos resultados por Região de Saúde.

Conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente acordado, os responsáveis pelo sistema QualiAB assumem o compromisso de que os nomes dos profissionais, dos serviços e dos municípios participantes não serão divulgados de nenhum modo em relatórios ou por qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga.

Os resultados, com o escore alcançado, podem ser vistos por dimensão, por domínio e por indicador. Para permitir uma avaliação global das UBS, os indicadores são agrupados em três dimensões, subdivididas em 14 domínios, de acordo com o conteúdo central das ações avaliadas, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Número de indicadores e questões correspondentes agrupados em três dimensões e 14 domínios. QualiAB 2025

Dimensão	Domínio	Número de indicadores	Questões
Gestão e Gerenciamento Local	Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos	6	G8, G9, G11, G12, G15, G14.1
	Gestão e Planejamento	9 a 10	G4, G13, G20, G25, G27, G28, G34, G35, G18 (G16.1)
Indicadores de Gestão e Gerenciamento – 15 a 16			
Organização do Trabalho e Atenção à Saúde (eSF/eAP)	Organização do Trabalho	8	E4, E8, E9, E15, E17 a E20
	Atividades Profissionais	4 a 8	(E6.1 a E6.4), E6.6.1, E6.7, E6.8.2, E11
	Educação em Saúde para População do Território	4	E12, E12.1, E13, E13.1
	Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social	12	E22 a E29, E31 a E34
	Saúde da Criança	8	E35 a E42
	Saúde de Adolescentes e Jovens	8	E43 a E50
	Saúde do Adulto	13	E51 a E63
	Atenção à Gestação e Puerpério	12	E64 a E75
	Atenção a Condições de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis	9	E76 a E84
	Saúde da Pessoa Idosa	5	E85 a E89
	Saúde Mental	6	E90 a E95
Indicadores de Organização e Atenção à Saúde – eSF/eAP – 89 a 93			
Organização da Atenção à Saúde Bucal	Saúde Bucal	8	SB5, SB7 a SB13
Indicadores de Organização e Atenção à Saúde Bucal: 8			
TOTAL DE INDICADORES: 112 a 117			



1.7 Análise dos resultados por dimensões e domínios

A organização dos indicadores por dimensões, domínios e subdomínios permite uma leitura sistematizada e comparável da qualidade das ações desenvolvidas pelas unidades de Atenção Básica. Essa estrutura possibilita analisar, de maneira integrada, diferentes aspectos da gestão, do processo de trabalho e da atenção à saúde, favorecendo a identificação de potencialidades e fragilidades específicas em cada área de atuação.

Ao agrupar os indicadores conforme as características das ações avaliadas, o sistema QualiAB 2025 viabiliza uma compreensão mais abrangente da capacidade organizacional dos serviços, bem como do grau de adequação das práticas assistenciais às diretrizes da APS. Assim, a relação a seguir apresenta os indicadores distribuídos nas três dimensões centrais do instrumento, oferecendo um panorama detalhado dos componentes essenciais para qualificar a gestão e o cuidado no âmbito das UBS.

Quadro 3 – Indicadores da dimensão Gestão e Gerenciamento Local, de acordo com a numeração das questões correspondentes, agrupados em dois domínios. QualiAB 2025

DIMENSÃO: Gestão e Gerenciamento Local (15 a 16 indicadores)		
Domínio	**Questão**	**Indicadores**
Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos (6 indicadores)	G8	Estrutura física e instalações em condições de uso
	G9	Equipamentos e recursos de apoio disponíveis
	G11	Procedimentos de rotina realizados na unidade
	G12	Vacinas aplicadas de rotina
	G14.1	Disponibilidade de medicamentos dispensados na unidade
	G15	Disponibilidade de métodos contraceptivos
Gestão e Planejamento (9 a 10 indicadores)	G4	Definição do território de abrangência
	G13	Estratégias para aumento da cobertura vacinal
	G16.1	Atividades realizadas pelo farmacêutico
	G18	Atividades realizadas na dispensação de medicamentos
	G20	Diversidade de temas de atualizações e/ou treinamentos da equipe no último ano
	G25	Ações desenvolvidas pelo Conselho Local de Saúde
	G27	Dados e informações utilizados para planejamento de ações de saúde
	G28.1	Ações desencadeadas por processos de avaliação
	G34	Principais atividades do gerente ou responsável local
	G35	Mecanismos de integração da unidade com o nível central

Quadro 4 – Indicadores da dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde nas eSF/eAP, de acordo com a numeração das questões correspondentes, agrupados em 12 domínios. QualiAB 2025

DIMENSÃO: Organização do Trabalho e Atenção à Saúde eSF/eAP (89 a 93 indicadores)		
Domínio	Questão	Indicadores
Organização do Trabalho (8 indicadores)	E4	Estratégias para diagnosticar as condições sociais e de saúde do território
	E8	Principais estratégias de educação permanente utilizadas
	E9	Periodicidade das reuniões de equipe
	E15	Organização do agendamento da consulta médica
	E17	Definição do fluxo para atendimento da demanda espontânea
	E18	Ações realizadas para atendimento da demanda espontânea
	E19	Grupos prioritários para a busca ativa de faltosos
	E20	Avaliação dos resultados de exames em tempo oportuno
Atividades Profissionais (4 a 8 indicadores)	E6.1	Atividades realizadas pelo médico de família
	E6.2	Atividades realizadas pelo médico clínico geral
	E6.3	Atividades realizadas pelo médico pediatra
	E6.4	Atividades realizadas pelo médico ginecologista
	E6.6.1	Atividades realizadas pelos enfermeiros
	E6.7	Atividades realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem
	E6.8.2	Atividades realizadas pelos ACS
	E11	Ações realizadas em casos de acidentes com material biológico com profissionais da equipe
Educação em Saúde para População do Território (4 indicadores)	E12.1	Temas de educação em saúde abordados na unidade para usuários nos últimos 12 meses
	E12.2	Estratégias de educação em saúde na unidade
	E13.1	Temas de educação em saúde abordados no território nos últimos 12 meses
	E13.2	Estratégias de educação em saúde na comunidade

Domínio	Questão	Indicadores
Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social (12 indicadores)	E22	Ações realizadas em caso de síndromes gripais agudas
	E23	Ações para diagnóstico da tuberculose pulmonar realizadas pela equipe
	E24	Ações realizadas na atenção a pessoas com tuberculose pulmonar
	E25	Ações de prevenção e assistência contra a dengue e outras arboviroses
	E26	Ações realizadas em caso suspeito de infecção sexualmente transmissível
	E27	Ações de prevenção e aconselhamento sobre HIV
	E28	Ações realizadas para pessoas que vivem com HIV
	E29	Ações realizadas para pessoas com sífilis
	E31	Ações realizadas na atenção a pessoas com deficiência
	E32	Estratégias para identificação de situações de violência contra pessoas com deficiência
	E33	Ações realizadas em casos de violência contra pessoas com deficiência
	E34	Ações realizadas em saúde do trabalhador
Saúde da Criança (8 indicadores)	E35	Ações realizadas na atenção à criança
	E36	Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido
	E37	Organização do calendário de consultas na atenção à criança
	E38	Identificação de condições de risco e vulnerabilidade em crianças
	E39	Estratégias utilizadas para identificação de violência contra crianças
	E40	Ações em casos de crianças em situação de violência
	E41	Locais e equipamentos no território onde são ofertadas ações de atenção à criança
	E42	Ações de promoção e prevenção para crianças desenvolvidas no território pela equipe

Domínio	Questão	Indicadores
Saúde de Adolescentes e Jovens (8 indicadores)	E43	Ações realizadas quanto ao crescimento e desenvolvimento do adolescente
	E44	Condições para quebra da confidencialidade e sigilo no atendimento de adolescentes
	E45	Ações e temas abordados em relação à saúde sexual e reprodutiva do adolescente
	E46	Ações e temas abordados em relação às condições psicossociais do adolescente
	E47	Estratégias para identificação de violência contra adolescentes
	E48	Ações em casos de adolescentes em situação de violência
	E49	Locais e equipamentos no território onde são ofertadas ações de atenção aos adolescentes
	E50	Atividades realizadas para o cuidado específico de jovens
Saúde do Adulto (13 indicadores)	E51	Ações realizadas na atenção à saúde da mulher
	E52	Critérios utilizados para a coleta de rotina do exame de Papanicolau
	E53	Estratégias para ampliação da cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero
	E54	Critérios de solicitação de mamografia para rastreamento de câncer de mama
	E55	Estratégias para ampliação da cobertura do rastreamento e diagnóstico precoce de câncer de mama
	E56	Estratégias utilizadas para identificação da violência contra a mulher
	E57	Ações realizadas em caso de violência contra a mulher
	E58	Diversidade de temas abordados na promoção da saúde do homem
	E59	Ações realizadas para atenção à saúde do homem
	E60	Ações realizadas na atenção à saúde da população negra
	E61	Ações realizadas na atenção à saúde de pessoas trans
	E62	Estratégias para detecção de situações de violência contra pessoas LGBTQIAPN+
	E63	Ações realizadas em casos de violência contra pessoas LGBTQIAPN+

Domínio	Questão	Indicadores
Atenção à Gestação e Puerpério (12 indicadores)	E64	Estratégias de comunicação do resultado do teste de gravidez
	E65	Proporção de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre
	E66	Ações realizadas no primeiro atendimento de pré-natal
	E67	Ações realizadas na rotina de seguimento do pré-natal de baixo risco
	E68	Exames solicitados no pré-natal de baixo risco
	E69	Acompanhamento dos casos de gestação de alto risco
	E70	Ações realizadas nos casos de diagnóstico de sífilis gestacional
	E71	Tratamento com penicilina benzatina na unidade básica das gestantes com sífilis e suas parcerias
	E72	Ocorrência de casos de sífilis congênita em que o pré-natal foi realizado na unidade
	E73	Local onde é realizado o pré-natal de gestantes vivendo com HIV
	E74	Ações realizadas na atenção ao puerpério imediato
	E75	Ações realizadas na atenção ao puerpério tardio
Atenção a Condições de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (9 indicadores)	E76	Ações realizadas para rastreamento de risco cardiovascular
	E77	Critérios utilizados para solicitação de exames de rastreamento de dislipidemia
	E78	Ações realizadas para diagnóstico e seguimento de pessoas com hipertensão arterial
	E79	Ações realizadas para diagnóstico e seguimento de pessoas com diabetes
	E80	Exames realizados de rotina para pessoas com hipertensão arterial ou diabetes
	E81	Ações realizadas para diagnóstico e seguimento de pessoas com sobrepeso e obesidade
	E82	Ações realizadas para pessoas com dor crônica
	E83	Ações realizadas de rotina para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis faltosas ou não aderentes
	E84	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas

Domínio	Questão	Indicadores
Saúde da Pessoa Idosa (5 indicadores)	E85	Ações realizadas de promoção à saúde e prevenção de agravos para pessoas idosas
	E86	Ações realizadas de assistência à saúde da pessoa idosa
	E87	Estratégias para identificação de violência contra a pessoa idosa
	E88	Ações realizadas para atenção a pessoas idosas em situação de violência
	E89	Ações de suporte aos cuidadores de pessoas idosas e/ou acamadas
Saúde Mental (6 indicadores)	E90	Ações realizadas no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico
	E91	Cuidados realizados para pessoas com transtorno mental
	E92	Reavaliação do uso crônico de benzodiazepínicos
	E93	Ações realizadas para rastreamento e tratamento do tabagismo
	E94	Ações realizadas para rastreamento e tratamento do uso nocivo e dependência de álcool
	E95	Ações realizadas para rastreamento e tratamento do uso abusivo de outras drogas (exceto álcool)

Quadro 5 – Indicadores da dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal, de acordo com a numeração das questões correspondentes. QualiAB 2025

DIMENSÃO: Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal (8 indicadores)	
Questão	Indicadores
SB5	Integração entre a equipe de saúde bucal e a equipe da unidade
SB7	Organização do agendamento da consulta odontológica
SB8	Atividades realizadas pelo auxiliar/técnico em Saúde bucal
SB9	Atividades realizadas pelo dentista
SB10	Ações realizadas de promoção e prevenção em saúde bucal
SB11	Estratégias de educação em saúde bucal
SB12	Procedimentos realizados para o tratamento e reabilitação em saúde bucal
SB13	Organização da atenção às urgências odontológicas



1.8 Relatórios e resultados consolidados

Ao finalizar o questionário, o sistema disponibiliza, na aba "Resultados", relatórios que apresentam sínteses das dimensões avaliadas e a consolidação das informações, de acordo com o perfil do usuário.

1.8.1 Resultado de cada equipe

O resultado de cada equipe é expresso por uma média correspondente ao percentual do padrão de qualidade alcançado, variando de 0 a 100% e distribuído em quintis, de acordo com os critérios adotados pelo sistema.

Esse resultado é detalhado nos 14 domínios e em seus respectivos indicadores, permitindo analisar o desempenho da equipe em cada aspecto avaliado. Para cada indicador, é possível verificar o padrão de qualidade estabelecido, as alternativas assinaladas no questionário e a forma como essas respostas contribuíram para a pontuação final obtida.

1.8.2 Resultados do gerente/responsável de unidade

Os resultados são agregados a partir da quantidade de equipes que compõem a UBS. O desempenho da unidade é expresso por meio de uma média geral, considerando o conjunto de indicadores avaliados (gerência e equipes – eSF, eAP, eSB), correspondente ao percentual do padrão de qualidade esperado, variando de 0 a 100%.

Esse resultado também é consolidado nas três dimensões: Gestão e Gerenciamento Local; Organização do Trabalho e Atenção à Saúde; e Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal, permitindo a análise do desempenho das equipes em cada dimensão.

Além disso, o sistema possibilita a visualização da média das equipes, quando houver mais de uma, bem como dos resultados individuais de cada equipe. Para cada indicador, também é possível verificar o padrão de qualidade estabelecido.

1.8.3 Resultados do gestor municipal

A visualização dos resultados pelo gestor municipal pode ser feita de duas formas. A primeira corresponde ao desempenho geral do conjunto das UBS do município, expresso pela média dos indicadores das unidades, bem como por um ranking dos domínios segundo o desempenho médio.

Os resultados por domínio, permitem acessar o desempenho geral de cada indicador, expresso pela média alcançada, considerando-se o conjunto das UBS. Além disso, é possível visualizar a frequência das alternativas assinaladas no questionário, indicando a porcentagem de respostas para cada opção, assim como os padrões adotados para cada indicador.
Uma segunda alternativa é a visualização dos resultados por UBS, possibilitando a análise comparativa do desempenho entre as unidades do município.
Ao final do processo, é possível exportar os resultados de todas as unidades participantes do município.

Além disso, os gestores estadual e federal têm acesso a bancos de dados consolidados por município, estado e região de saúde.

1.9 Limites do sistema QualiAB

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

Os indicadores de estrutura e de processo utilizados no sistema QualiAB permitem avaliar a organização do trabalho nos serviços de Atenção Básica com base em dimensões específicas que, no entanto, não esgotam a complexidade dos diferentes aspectos envolvidos na determinação da qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 30 jan. 2026.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de atenção básica pelo sistema QualiAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). In: AKERMAN, M. et al. (Org.). Atenção Básica é o caminho: Desmontes, Resistências e Compromissos - Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 371-396.

DONABEDIAN, A The assessment of technology and quality. International Journal of Technology Assessment in Health Care, v. 4, p. 487-496, 1988. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S0266462300007571. Acesso em: 30 jan. 2026.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23-30; 260(12):1743-8. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139. Acesso em: 30 jan. 2026.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate, Rio De Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114. Acesso em: 30 jan. 2026.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres, J. R.; Santos, L. (org.), Saúde, Sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec, Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 192-250.
PAIM, J. S. Da teoria do processo de trabalho aos modelos de atenção. In: Ayres, J. R.; Santos, L. (org.), Saúde, Sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 375-392.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 821-828, jan. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002. Acesso em: 30 jan. 2026.

ZARILI, T. F. T. et al. Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. Saúde e Sociedade, v. 30, p. e190505, 2021. https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190505. Acesso em: 30 jan. 2026.



Capítulo 2 – Critérios e Padrões de Avaliação da Qualidade Organizacional de Serviços de Atenção Básica – QualiAB 2026



1.10 Dimensão: Gestão e Gerenciamento Local

A dimensão Gestão e Gerenciamento Local compreende os elementos estruturais e organizacionais que dão suporte ao funcionamento das unidades de APS e qualificam o conjunto das ações desenvolvidas no cotidiano do serviço. Abrange responsabilidades tanto da gestão municipal quanto da gerência local, orientadas para assegurar condições físicas, materiais, operacionais e administrativas que possibilitem a execução adequada do trabalho e a continuidade das ações em saúde.

Essa dimensão incorpora aspectos essenciais do processo de trabalho, especialmente aqueles relacionados à infraestrutura da unidade, à disponibilidade de insumos e à organização das práticas de planejamento e gestão. Embora a composição das equipes seja determinante para a qualidade da atenção, sua grande diversidade entre municípios e arranjos organizacionais inviabiliza o seu uso como indicador de desempenho.
Além da disponibilidade de recursos humanos e materiais, outras condições estruturais qualificam a atenção prestada, como a ambiência da unidade enquanto componente do acolhimento, a garantia de acesso aos insumos e tecnologias essenciais, e a existência de fluxos assistenciais capazes de responder às necessidades de diferentes grupos populacionais presentes em cada território. Da mesma forma, o uso sistemático de informações, o conhecimento da realidade local e a análise contínua dos dados produzidos pela equipe são fundamentais para orientar o planejamento, subsidiar avaliações e ajustar as ações ao contexto do território.

Nesse cenário, destaca-se o papel da gerência local na coordenação dos processos de trabalho, assegurando a integração entre profissionais, promovendo a participação da comunidade e articulando as ações da unidade com as diretrizes da gestão municipal.

Para análise da "Gestão e Gerenciamento Local" os indicadores estão reunidos em dois domínios: Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos e Gestão e Planejamento; agrupando, ao todo, 16 indicadores, caso tenha farmacêutico na equipe local ou 15 indicadores, caso não conte com esse profissional.

1.10.1 Domínio: Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos

O desenvolvimento de um bom trabalho na APS requer uma infraestrutura mínima capaz de assegurar o funcionamento adequado da unidade, o acolhimento da população e a atuação segura da equipe. Isso inclui instalações em boas condições de uso, equipamentos essenciais em pleno funcionamento e a realização dos procedimentos básicos de rotina, além da oferta regular e organizada de vacinas. Esses elementos estruturais são determinantes para garantir ambiência adequada, reduzir riscos e permitir que as ações assistenciais ocorram de forma contínua e qualificada.

Outro aspecto fundamental é a disponibilidade de insumos, especialmente medicamentos para condições crônicas e agudas, insumos de uso frequente e métodos contraceptivos ofertados de maneira descentralizada. A regularidade e o acesso facilitado a esses recursos sustentam a resolutividade da atenção e favorecem a continuidade do cuidado.
Este domínio apresenta 6 indicadores (Quadro 6):

Quadro 6 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos. QualiAB, 2025

Domínio: Infraestrutura, Procedimentos e Insumos Básicos	
Questão	**Indicadores**
G8	Estrutura física e instalações em condições de uso
G9	Equipamentos e recursos de apoio disponíveis
G11	Procedimentos de rotina realizados na unidade
G12	Vacinas aplicadas de rotina
G14.1	Disponibilidade de medicamentos dispensados na unidade
G15	Disponibilidade de métodos contraceptivos

INDICADOR:

DEFINIÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA (Questão G4)

Padrão adotado

A área de abrangência da unidade básica, ou seja, o território sob sua responsabilidade, deve ser preferencialmente delimitada por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e a facilidade de acesso.



O processo de delimitação da área de abrangência da UBS, ou seja, a territorialização, deve ser realizada por meio de planejamento participativo. Nesse sentido, é um processo que deve ser desenvolvido com a participação dos profissionais da unidade, da população local e dos gestores municipais, a partir do reconhecimento da realidade local – condições de vida e saúde, características socioambientais, acesso a serviços, além da análise do fluxo de deslocamento, acessibilidade e barreiras geográficas da região. É um dos princípios do modelo de saúde baseado nas diretrizes para a APS no SUS.

Uma vez que o território é um ambiente vivo, as informações sobre a realidade local devem ser atualizadas periodicamente, tanto por meio da análise de dados disponíveis como por intermédio de estudos e levantamentos, a partir de estratégias que permitam acompanhar a dinâmica sociodemográfica e epidemiológica da região. Além da análise dos dados colhidos de rotina, como do cadastro das famílias, das visitas domiciliares e dos diferentes programas, devem-se realizar levantamentos junto aos usuários e na própria comunidade.
Essas estratégias possibilitam a construção de planos de trabalho mais dinâmicos e mais próximos das necessidades de saúde da população da área de abrangência, com repercussões na qualidade da gestão do cuidado individual e coletivo.

De acordo com a extensão geográfica da área de abrangência da UBS, ela pode ser dividida em microáreas, ou territórios menores que serão cobertos por equipes de saúde da família ou de atenção primária, designadas para cada uma.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3) Disponível em: http://www.conass. org.br/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Saúde Pública. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica [Recurso eletrônico]. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Katiuscia Graziela Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.



INDICADOR:

ESTRUTURA FÍSICA E INSTALAÇÕES EM CONDIÇÕES DE USO
(Questão G8)

Padrão adotado

A unidade deve ser um espaço acolhedor e que garanta a privacidade dos usuários além de possuir salas em número suficiente para o conjunto das atividades realizadas. Como parte das instalações gerais, ganham destaque: um ambiente com acessibilidade arquitetônica, com banheiro adaptado para pessoas com deficiência (PcD), consultório ginecológico com banheiro, sala para realização de grupos e atividades educativas, sala de vacina e sala de observação e estabilização de situações de urgência/emergência.

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

A Política Nacional de Humanização do SUS, dentre suas diretrizes para o alcance da atenção humanizada para toda população, prevê a ambiência como aspecto fundamental, ou seja, a necessidade de espaços confortáveis, acolhedores, que respeitem a privacidade tanto do usuário como dos profissionais, destacando a importância da discussão do projeto arquitetônico com os diversos atores envolvidos (gestão municipal, profissionais e população). Condições adequadas de acessibilidade para pessoas com deficiência e idosos ganham destaque por sua crescente importância populacional e ampliação da atenção dirigida a esses grupos. Nota-se, no entanto, que a incorporação dessas medidas nas estruturas atuais dos serviços de saúde ainda é relativamente baixa, especialmente nas construções mais antigas. As novas construções e as reformas devem seguir as normas previstas na Norma Brasileira - NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

A adequação dos espaços físicos para as diferentes atividades deve ser garantida, mesmo considerando-se o uso compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe. Nesse sentido, vale destacar a necessidade de salas que comportem atividades de grupo e ações de educação em saúde, e a reserva de uma sala para escuta individualizada da demanda espontânea, garantindo privacidade e a melhor resposta às necessidades apresentadas. De



modo a garantir maior conforto e privacidade para as pacientes, também ganha importância a disponibilidade de banheiro no interior dos consultórios que realizam exame ginecológico. As unidades básicas integram a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE), nesse sentido é recomendado que tenham uma sala de observação e estabilização de situações de urgência/emergência, com o objetivo de estabilizar pacientes graves antes do encaminhamento para unidades de maior complexidade.

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

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2020. 147 p. Disponível em: https://www.causc.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 14 de ago. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, 2008. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

INDICADOR:

EQUIPAMENTOS E RECURSOS DE APOIO DISPONÍVEIS
(Questão G9)

Padrão adotado

Os equipamentos e recursos de apoio devem cobrir adequadamente as necessidades assistenciais, dispondo de dispositivos como: geladeira exclusiva para vacinas, cadeiras de rodas, equipamentos para atenção ginecológica, acesso à rede informatizada, equipamentos para atenção odontológica e equipamentos para atendimento a situações de urgência/emergência, entre outros.

Os equipamentos e recursos necessários para uma UBS são previstos no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Com destaque para a importância de que o uso do refrigerador da sala de vacina seja exclusivo para o armazenamento de vacinas.
O atendimento a pessoas idosas e com mobilidade diminuída requer a disponibilidade de cadeiras de rodas, além da adequação do espaço físico.

A unidade precisa ter equipamentos necessários às diversas ações previstas para uma atenção integral, como assistência ginecológica, odontológica e de resposta adequada a condições agudas.

As unidades básicas integram a rede de atenção pré-hospitalar de urgência e emergência, e precisam estar preparadas para a atenção a urgências e mesmo para eventuais emergências. Para isso, as equipes médica e de enfermagem precisam contar com recursos adequados: carrinho de emergência com as medicações e materiais necessários, organizados e mantidos por revisão periódica por um profissional responsável por essa atividade. Igualmente importante são os equipamentos para procedimentos de suporte a situações de urgência ou uso em situações clínicas agudas, tais como: torpedo de oxigênio, oxímetro de pulso; nebulizador, e acesso a ambulância.

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

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. e-SUS Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/esus/. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, 2008. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf. Acesso em: 27 maio 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. Urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2011. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.

INDICADOR:

PROCEDIMENTOS DE ROTINA REALIZADOS NA UNIDADE

(Questão G11)

Padrão adotado

Além de procedimentos básicos mais tradicionais, como vacinação, aplicação de tratamentos intramusculares e endovenosos, e coleta de exames laboratoriais, valoriza-se a realização de procedimentos que ampliem o acesso e aumentem a resolubilidade, como a troca de sonda vesical de demora, realização de pequenas suturas e curativos, hidratação venosa, aplicação de penicilina benzatina e medidas de contracepção como colocação de DIU e de implante hormonal intradérmico. Espera-se que exames de pronto resultado, como hemoglicoteste (HGT) e testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites virais, tuberculose, covid19 e dengue), estejam integrados à rotina.

Medidas relacionadas ao atendimento de rotina, como vacinação, coleta de exames laboratoriais de sangue e urina na própria unidade, e tratamentos intramusculares e endovenosos, garantem o acesso e a capacidade de atendimento às necessidades da população adscrita.



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

Como parte da atenção integral, as unidades básicas devem realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos de menor complexidade, visando facilitar o acesso da população, além de "evitar o estrangulamento dos serviços de outros níveis de atenção", como os hospitais e prontos-socorros. Nesse sentido, as unidades devem realizar procedimentos como pequenas suturas, hidratação venosa, troca de sonda vesical de demora, entre outros.



Os testes rápidos constituem exames de fácil execução e mostram-se de grande importância para o diagnóstico oportuno, seguido de confirmação por meio de sorologia e outros exames, de acordo com o indicado em cada caso.

Os testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV, hepatites virais, sífilis, são precisos, confiáveis e de fundamental importância para favorecer o alcance das populações-chave e prioritárias. A execução, leitura e interpretação dos resultados é feita em até 30 minutos. Podem ser realizados nas UBS e em ações comunitárias, especialmente em locais de sociabilidade de populações prioritárias.

O teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) está indicado para triagem da casos novos de tuberculose (TB), sendo capaz de diagnosticar TB pulmonar e extrapulmonar, e resistência à rifampicina nos casos de retratamento, falência ao tratamento da TB ou suspeita de resistência. Nas UBS é mais utilizado para diagnóstico a partir de amostra de escarro, podendo também ser aplicado em amostra urinária. O resultado fica pronto em aproximadamente uma hora e meia. O diagnóstico deve seguir os algoritmos preconizados pelo Ministério da Saúde.

O uso de testes rápidos para dengue (NS1) permite o diagnóstico de infecções agudas. Recomenda-se o uso de testes com sensibilidade igual ou maior a 95% e especificidade igual ou maior a 90%. O resultado positivo no teste rápido para detecção de NS1 indica o diagnóstico de dengue aguda, mas um resultado negativo não exclui esse diagnóstico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/aids, tuberculose, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis. Guia prático para a execução de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/GuiaPrticoparaExecuodeTestesRpidos_2024.pdf Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.il. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/@@download/file. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Nota técnica Nº 16/2024-CGLAB/SVSA/MS. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-16-2024-cglab-svsa-ms Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procedimentos. Brasília, 2011. (Cadernos de Atenção Primária, n. 30). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad30.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20_brasil.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

INDICADOR:

VACINAS APLICADAS DE ROTINA

(Questão G12)

Padrão adotado

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

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

Recomenda-se que os serviços de saúde disponibilizem, em suas rotinas, a aplicação de todas as vacinas preconizadas no calendário nacional. O Ministério da Saúde disponibiliza o calendário de acordo com as indicações e especificações para cada grupo populacional: gestante, criança, adolescentes e jovens, adultos e idosos (https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-institui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [recurso eletrônico] / 2.ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 294 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf/view. Acesso em: 28 ago. 2025.



INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA AUMENTO DA COBERTURA VACINAL

(Questão G13)

Padrão adotado

Para ampliação da cobertura vacinal a unidade deve adotar diferentes estratégias, com atenção para oferta oportuna e ativa para todos os usuários, e para convocação de faltosos, além da atenção a grupos prioritários e ações na comunidade.

As unidades devem adotar estratégias diversificadas para ampliar a cobertura vacinal, superando a dependência exclusiva de campanhas. Apesar de cruciais no combate a surtos, tais campanhas não substituem a vacinação de rotina e não podem ser a única medida para garantir a cobertura vacinal.

Para ampliar a cobertura é essencial adotar um conjunto diversificado de ações estratégicas, como a oferta oportuna e ativa aos usuários que buscam atendimento por diferentes razões, a convocação dos faltosos que não completaram as doses previstas no calendário. Também é importante estar atento à captação de grupos prioritários, como recém-nascidos, crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas, ao lado de ações na comunidade e vacinação domiciliar e em instituições para pessoas com restrições de mobilidade.

Iniciativas de comunicação e engajamento comunitário, como campanhas informativas com linguagem clara e acessível para desmistificar as vacinas, e o envolvimento de lideranças comunitárias, professores e agentes de saúde — entre outras figuras de confiança da comunidade — pode contribuir para ampliar a adesão.

Paralelamente, é importante implementar melhorias na oferta de serviços, com horários flexíveis e busca ativa da população não vacinada. Como não existe uma solução única, o sucesso depende da implementação integrada e simultânea de múltiplas estratégias, adaptadas às barreiras e ao contexto de cada comunidade. O objetivo final é transformar a vacinação em uma prática de saúde rotineira, valorizada e de fácil acesso para todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-institui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [recurso eletrônico] / 2.ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 294 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf/view. Acesso em: 28 ago. 2025.

INDICADOR:

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS NA UNIDADE (Questão G14.1)

Padrão adotado

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

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

Deve-se garantir o acesso regular a medicamentos de uso contínuo para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias e agravos em saúde mental, e o tratamento para doenças transmissíveis, como as IST, tuberculose e outras infecções que requerem antibioticoterapia.

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

A dispensação de medicamentos utilizados em Saúde Mental pelas UBS constitui importante medida de acesso, uma vez que são medicações que, em geral, são de uso prolongado ou, mesmo, contínuo. Entretanto, a prescrição de psicofármacos requer indicação cuidadosa e seguimento próximo, necessitando, muitas vezes, da orientação e acompanhamento de profissionais especializados. Deve-se estar atento, especialmente, à não indução de dependência, como no caso dos benzodiazepínicos, e às especificidades da indicação de antidepressivos, além dos cuidados requeridos na atenção à saúde mental de crianças e idosos.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contempla a dispensação de plantas medicinais e fitoterápicas, e medicamentos homeopáticos na UBS, como parte das PIC, a partir da indicação feita por equipes qualificadas. A RENAME de 2024 prevê a oferta de medicamentos homeopáticos, conforme a Farmacopeia Homeopática Brasileira, e uma relação de 12 medicamentos fitoterápicos, como parte dos medicamentos a serem oferecidos pela rede básica. Embora a homeopatia seja uma prática integrante do SUS desde 2006, e seu acesso tenha sido ampliado em diversas cidades, sua oferta ainda é bem variada de acordo com a região.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024 [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 252 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Contribuições para a promoção do Uso Racional de Medicamentos [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 154 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/uso-racional-de-medicamentos/publicacoes/contribuicoes-para-o-uso-racional-de-medicamentos.pdf/view. Acesso em: 24 ago. 2025.

INDICADOR:

DISPONIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS
(Questão G15)

Padrão adotado

As Unidades devem dispor de um leque diversificado de métodos contraceptivos que possam responder às diferentes indicações e ampliem a possibilidade de escolha. Além de disponibilizar preservativos masculino e feminino, e contraceptivos orais e injetáveis, valoriza-se a colocação de DIU, o implante hormonal intradérmico (implante subdérmico contraceptivo), e o acesso à contracepção de emergência (pílula do dia seguinte). O acesso a métodos definitivos também deve ser garantido, respeitadas as indicações e vontade expressa dos envolvidos na indicação de quaisquer métodos contraceptivos.

Os direitos sexuais e reprodutivos são constitucionalmente garantidos, sendo assegurada a assistência à concepção e contracepção à mulher e ao homem nas diferentes etapas da vida. Em relação à contracepção, os serviços de saúde devem oferecer informações, espaços de discussões e aconselhamento sobre a escolha dos métodos mais apropriados à necessidade e opção de cada usuário.

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

O preservativo feminino tem as mesmas indicações do preservativo masculino como método de barreira e deve ter seu uso divulgado como uma opção para as mulheres.

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

O DIU de cobre e o implante hormonal intradérmico (implanon) são contraceptivos reversíveis de longa duração. Embora disponível há vários anos, o DIU ainda não é utilizado em todas as UBS. Por outro lado, o acesso ao Implanon (implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel) é recente, tendo sido incorporado ao SUS para utilização por mulheres adultas entre 18 e 49 anos e para adolescentes de 14 a 17 anos, respectivamente pelas portarias SECTICS/MS Nº 47 e nº 48 de 8 de julho de 2025. São métodos seguros, mas que requerem profissionais treinados para sua efetiva incorporação.

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 32 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação. Portaria SECTICS/MS Nº 47, de 8 de julho de 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitecpt-/pt-br/midias/relatorios/portaria/2025/portaria-sectics-ms-no-47-de-8-de-julho-de-2025. Acesso em: 17 ago. 2025.



1.10.2 Domínio: Gestão e Planejamento

Uma gestão qualificada dos serviços de APS depende de processos organizados que orientem a atuação da equipe no território e assegurem coerência entre diagnóstico local, planejamento e ações desenvolvidas. Para isso, é fundamental que os serviços conheçam claramente sua área de abrangência, organizem suas respostas conforme as necessidades da população e adotem estratégias que ampliem o acesso e o alcance das ações prioritárias.

A qualificação contínua das equipes, aliada ao uso regular de informações do serviço e a processos avaliativos que gerem mudanças concretas, fortalece a tomada de decisão e o planejamento. A participação da comunidade, a atuação do gerente local e a articulação com o nível central da gestão são elementos essenciais para assegurar legitimidade, coordenação e sustentabilidade das práticas no cotidiano da unidade.

Neste domínio, o número de indicadores pode variar de 9 a 10, uma vez que a presença de profissional farmacêutico (G16) condiciona o indicador relativo às atividades desse profissional discriminadas na questão G16.1 (Quadro 7).

Quadro 7 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Gestão e Planejamento. QualiAB, 2025

Domínio: Gestão e Planejamento	
Questão	**Indicadores**
G4	Definição do território de abrangência
G13	Estratégias para aumento da cobertura vacinal
G16.1*	Atividades realizadas pelo farmacêutico
G18	Atividades realizadas na dispensação de medicamentos
G20	Diversidade de temas de atualizações e/ou treinamentos da equipe no último ano
G25	Ações desenvolvidas pelo Conselho Local de Saúde
G27	Dados e informações utilizados para planejamento de ações de saúde
G28	Ações desencadeadas por processos de avaliação
G34	Principais atividades do gerente ou responsável local
G35	Mecanismos de integração da unidade com o nível central

* Indicador condicionado a resposta positiva da G16

INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS PELO FARMACÊUTICO

(Questão: G16.1)

Padrão adotado

O farmacêutico tem como papel contribuir para o acesso e promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com as necessidades de cada região. Além da supervisão do suprimento e dispensação de medicamentos, tem como atividade a assistência farmacêutica, por meio de consulta farmacêutica e de consultas compartilhadas, e atividades de educação continuada junto à equipe e à comunidade.

O trabalho do farmacêutico é essencial para implementar e ampliar o uso racional de medicamentos. Além das atribuições de supervisão e controle do suprimento e armazenamento adequado dos medicamentos, o farmacêutico integra a equipe nas ações de promoção, prevenção e assistência.

Sua presença como integrante das equipes de saúde da família/atenção primária ainda não se estabeleceu plenamente em todos os municípios, permanecendo muitas vezes como profissional que dá cobertura de modo centralizado a várias UBS. A participação do farmacêutico de modo integrado às equipes enriquece o trabalho e amplia sua efetividade, particularmente em relação às condições crônicas e aos usuários que fazem uso contínuo de vários medicamentos.

A implementação do cuidado farmacêutico tem como um de seus propósitos assegurar o acesso ampliado e centrado na pessoa, garantindo não apenas a disponibilidade da tecnologia em saúde, mas também o cuidado relacionado ao uso apropriado dos medicamentos.

Nesse sentido, o cuidado farmacêutico é realizado em articulação com a equipe de saúde e é direcionado ao usuário, à família e à comunidade, com o objetivo de promover o uso seguro e racional de medicamentos e alcançar os melhores resultados em saúde. Abrange um conjunto de atividades como a consulta farmacêutica, consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe, ações de educação permanente, e atividades junto à comunidade.

A atuação efetiva do farmacêutico nas UBS melhora a segurança do paciente ao reduzir erros e problemas relacionados a medicamentos, aumenta a adesão aos tratamentos, aumenta a resolutividade do cuidado e otimiza recursos da unidade e do município.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Contribuições para a promoção do Uso Racional de Medicamentos [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2021.154p. il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_promocao_uso_racional_medicamentos.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.: il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Questão: G18)

Padrão adotado

A dispensação de medicamentos deve abranger a orientação do uso racional e correto dos medicamentos, assim como, o descarte de sobras e medicamentos vencidos.

A dispensação de medicamentos tem por finalidade o acesso e a promoção do uso racional e seguro dos medicamentos prescritos. É uma atividade que envolve a análise da receita, a conferência da quantidade e da dose corretas, e a orientação ao paciente sobre o uso adequado, conservação, possíveis efeitos adversos e interações.

É recomendado que a dispensação seja feita por um profissional farmacêutico, mas pode ser feita por uma auxiliar de farmácia, capacitado para essa função e com supervisão do farmacêutico, exceção feita à dispensação de psicofármacos e medicamentos de controle especial, como antimicrobianos, que exigem sempre a presença do farmacêutico.

O auxiliar de farmácia é, em geral, um profissional com formação em ensino médio, que trabalha sob supervisão de um farmacêutico para realizar atividades como dispensação, organização e controle de estoque de medicamentos. Suas responsabilidades incluem o apoio à organização física do local, a orientação básica do usuário e o suporte ao farmacêutico em atividades administrativas e operacionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico / Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 5 v. Disponível em: https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Cuidado_Farmaceutico_metodo_clinico_vol3.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica. Brasília: CONASEMS, 2021. ISBN 978-85-63923-06-6. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf>. Acesso em: 03 de set. 2025.

INDICADOR:

DIVERSIDADE DE TEMAS DE ATUALIZAÇÕES E/OU TREINAMENTOS DA EQUIPE NO ÚLTIMO ANO

(Questão G20)

Padrão adotado

A diversidade das condições de saúde sob responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde exige a promoção de atualizações periódicas, por meio de treinamentos ou cursos de capacitação. Além da retomada de temas já conhecidos, mas que requerem atualizações, como abordagem das IST, vacinação e vigilância epidemiológica, é importante promover formações sobre temas sensíveis que não estejam ainda plenamente incorporados na formação profissional, como a saúde da população negra, racismos e preconceitos étnico raciais, direitos das pessoas com deficiência, violência doméstica, violência sexual, atenção à população de rua, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros.

Para manter a qualificação dos profissionais é necessário a promoção periódica de atualizações, por meio de treinamentos ou cursos de capacitação, ao lado da manutenção de ações de educação permanente desenvolvidas no cotidiano dos serviços.

A diversidade de temas abordados deve atender às principais demandas de cada área, considerando as carências de formação identificadas pela própria equipe e/ou apontadas pelos usuários. A Política Nacional de Promoção da Saúde aponta temas transversais para formação e educação permanente, que se desdobram em temas específicos, de acordo com o contexto local.

Desse modo, temáticas relacionadas à organização das ações, à determinação social dos processos de saúde e adoecimento ou a ambientes e territórios saudáveis, podem desdobrar-se em ações de formação e atualização em temas como acolhimento, racismo e preconceitos étnico-raciais, vacinação, vigilância epidemiológica, entre tantos outros.

Recente publicação do Ministério da Saúde altera o Anexo relativo à Política Nacional de Atenção Básica - Portaria GM/MS Nº 8.284, de 30 de setembro de 2025 - explicitando a formação e educação permanente como parte integrante do processo de trabalho das equipes de APS. Segundo essa portaria, os profissionais com vínculo ativo poderão ter liberação de até 16 horas mensais para participar de ofertas formativas federais, estaduais ou municipais, sem que ocorra desassistência à população.

As atividades de formação e discussões do processo de trabalho devem ocorrer, preferencialmente, de modo presencial no espaço físico das unidades básicas de saúde, ou ainda, à distância no formato online, de acordo com as condições estabelecidas em cada município e dependendo do tipo de formação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 8.284, 30 de setembro de 2025. Altera o Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a formação e educação permanente em saúde na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-8.284-30-de-setembro-de-2025-660007189. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS, Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446: Redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 11 de novembro de 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 21 ago. 2025.

MOROSI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em 21 de ago. 2025

INDICADOR:

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE
(Questão G25)

Padrão adotado

A participação popular na gestão da unidade deve se dar por meio da promoção de reuniões periódicas do Conselho Local de Saúde (CLS) sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade, a partir de ampla divulgação no território. A participação no CLS permite a elaboração de propostas para problemas identificados no dia a dia da unidade, além de proposições a serem encaminhadas para o Conselho Municipal de Saúde.

Os Conselhos de Saúde representam espaços de controle social por meio de comunicação e diálogo entre profissionais, gestores e população, e devem estar presentes nas diferentes instâncias de gestão desde o nível local, em cada unidade, até municipal, estadual e federal. Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são espaços de discussão de problemas vivenciados no dia a dia dos serviços, por usuários, profissionais e gestores locais, possibilitando a busca conjunta de alternativas, mobilização e aprendizado coletivo. As atribuições dos CLS incluem acompanhar e avaliar as ações de saúde na área de abrangência da UBS, buscando construir alternativas e soluções para os problemas identificados. As reuniões devem ser periódicas, abertas e divulgadas para o conjunto dos usuários e profissionais da UBS.

Os CLS devem ser espaços de preparação e aprofundamento de questões a serem levadas para o Conselho Municipal, assim como para as pré-conferências e Conferências Municipais de Saúde, garantindo representatividade e participação ativa na gestão da saúde.

Muitas UBS já possuem CLS. As unidades que não possuírem, devem propor a criação desse órgão, com composição paritária, ou seja, 50% usuários locais e 50% gestores e profissionais da UBS, eleitos por seus pares – comunidade e profissionais. É um trabalho voluntário que conta com a disposição das pessoas em atuar para defender e melhorar o SUS.

Em 2023, foi lançado o selo "Conselho Local de Saúde – Aqui Tem", como parte de uma campanha de incentivo à criação de Conselhos Locais de Saúde. A proposta é valorizar e difundir a importância dos CLS e dar visibilidade aos locais onde já estão implantados. Para isso os gestores municipais podem implementar placas e banners com a logo marca do selo e propor a realização de vídeos, entre outros materiais, buscando parcerias com o Conselho Estadual e o Conselho Nacional de Saúde.

O Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS) é um sistema do Ministério da Saúde que visa cadastrar e manter os dados atualizados de todos os Conselhos de Saúde do país. Todos os Conselhos de Saúde — incluindo os Conselhos Locais de Saúde — devem se cadastrar. O objetivo é permitir o conhecimento da composição, atividades e funcionamento dos conselhos. A Cartilha de Orientação para os Conselhos de Saúde - SIACS, desenvolvida pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, orienta o passo a passo para o cadastramento.

REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Conselho Local de Saúde: Guia de implementação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, s/d, 16p. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/cartilha-cns-conselhos-locais-de-saude-final-02-09.pdf/view. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cartilha de Orientação para os Conselhos de Saúde – SIACS. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/siacs/cartilha_siacs2.pdf. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS - ParticipaSUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participatica_cogestao_2ed.pdf. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_processo_educacao_permanente_sus.pdf. Acesso em: 01 set. 2025.



INDICADOR:

DADOS E INFORMAÇÕES UTILIZADOS PARA PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE (Questão G27)

Padrão adotado

O planejamento de ações na área de abrangência da UBS requer a utilização de diferentes fontes de informação, como o levantamento dos dados assistenciais registrados de rotina e dados epidemiológicos do município, se possível desagregados para o território, além de outros dados secundários. Ganha destaque a utilização de formas participativas para identificação de condições de risco e vulnerabilidade, como reuniões com usuários, entrevistas com líderes comunitários, entre outras. A Estimativa Rápida Participativa tem se mostrado uma estratégia produtiva pois agrega diferentes fontes de informação com a estratégias de escuta e participação dos usuários.

Um dos principais desafios para o planejamento das ações de saúde no território é a capacidade da unidade de identificar os problemas de saúde e as condições de risco e vulnerabilidade da área de abrangência, de modo a definir prioridades e elaborar um plano de ação que contemple também as necessidades de promoção, prevenção e cuidado da população em geral.

Nesse sentido, a utilização de diferentes fontes de informação permite uma aproximação mais precisa da realidade local, especialmente quando o processo de diagnóstico e planejamento é realizado de forma participativa.

Uma das formas de realizar esse diagnóstico é por meio da Estimativa Rápida Participativa (ERP), cujo objetivo é identificar problemas de saúde e propor soluções com a participação da população no processo de diagnóstico e tomada de decisão. A metodologia prevê três estratégias principais:

- Registro e análise da percepção de informantes-chave, obtida por meio de entrevistas com lideranças comunitárias e religiosas, profissionais de saúde — especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) —, pequenos empresários locais (como donos de padarias e mercados), estudantes e professores da região, entre outros, conforme a realidade local;

- Uso de dados secundários disponíveis no próprio serviço ou na Secretaria Municipal de Saúde, como informações dos sistemas oficiais, prontuários e relatórios; e

- Realização de "observação participante" no território analisado.

A participação dos usuários e da comunidade, junto com os trabalhadores da unidade, enriquece o processo, pois possibilita a troca de saberes e experiências sobre os problemas

e necessidades locais. Essa troca contribui para identificar soluções e propor alternativas inovadoras e mais adequadas à realidade do território.

Os dados da produção assistencial são, em geral, os mais facilmente acessados pelas equipes e devem ser utilizados de forma ativa nas discussões internas, com o objetivo de aprimorar as ações e realizar os ajustes necessários para melhorar o desempenho da unidade. Esses dados podem ser analisados por tipo de atividade e segundo características dos usuários atendidos, como sexo e faixa etária, entre outras.

Os dados epidemiológicos do município - preferencialmente desagregados para o território coberto pela unidade - auxiliam na orientação das ações de vigilância em saúde, incluindo o controle de doenças transmissíveis, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e o enfrentamento de riscos ambientais. Além disso, permitem estimar a demanda potencial por serviços de saúde na região.

A unidade também deve investir no acesso e na produção de informações sobre o perfil epidemiológico e sócio sanitário da população, tanto por meio dos dados disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) quanto por levantamentos próprios realizados pela equipe.

A construção de um planejamento participativo não segue um modelo único - há diversas metodologias e instrumentos aplicados com sucesso em diferentes contextos. O essencial é o comprometimento dos envolvidos e a boa condução dos conflitos e interesses que possam surgir durante o processo. O mais importante é manter clara a finalidade do planejamento e buscar consensos que favoreçam o aprimoramento das ações e a resposta efetiva às necessidades de saúde da população em cada território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento e organização do processo de trabalho [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_organizacao_processo_trabalho.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms. saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 01 set. 2025.

TANCREDI, F.B., BARRIOS, S.R.L. & FERREIRA, J.H.G. Planejamento em Saúde. Para gestores municipais de serviços de saúde. Volume 2. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume02.pdf. Acesso em: 01 set. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES DESENCADEADAS POR PROCESSOS DE AVALIAÇÃO
(Questão G28)

Padrão adotado

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

As avaliações de serviços de saúde são processos indutores de mudança dos processos de trabalho e têm como finalidade principal contribuir para a qualificação da atenção realizada. Para isso, os processos avaliativos precisam contar com a participação do conjunto dos trabalhadores para que possam se apropriar e discutir criticamente os critérios e padrões adotadas na avaliação em relação à realidade local e aos desafios do cotidiano do trabalho.

Os instrumentos e indicadores utilizados precisam dialogar com a realidade dos serviços, mas simultaneamente, trazerem as inovações e novos desafios que se colocam para a APS à saúde, o que exige atualizações periódicas de indicadores e dos critérios e padrões utilizados.

Avaliações institucionais vinculadas a regras de financiamento, como são as do Ministério da Saúde, têm grande importância. Entretanto, é preciso que os serviços incorporem os indicadores propostos não como regras engessadas, mas como estímulo à incorporação de boas práticas e compromisso com os usuários. Em outras palavras, o recurso financeiro não deve se transformar num fim, mas em uma consequência da incorporação de práticas que têm como finalidade o cuidado das pessoas.

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

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

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

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. Fichas técnicas dos Indicadores de indução de boas práticas do componente qualidade do cofinanciamento federal da APS. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas. Acesso em: 01 set. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf>. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/. Acesso em: 01 de set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) — Ministério da Saúde. Acesso em: 01 set. 2025.

INDICADOR:

PRINCIPAIS ATIVIDADES DO GERENTE OU RESPONSÁVEL LOCAL
(Questão G34)

Padrão adotado

O gerente ou responsável pela UBS coordena o trabalho em equipe, promovendo e apoiando ações de educação permanente e desencadeando processos de diagnóstico e planejamento local, por meio de uma gestão participativa. Além do gerenciamento cotidiano da infraestrutura e da adequada alimentação dos sistemas de informação, e da articulação da unidade com a rede de serviços, destaca-se seu papel na implementação de medidas de segurança dos usuários e dos profissionais.

A gerência local da UBS deve coordenar e fortalecer o trabalho em equipe para que os profissionais, por meio de um trabalho colaborativo, possam traduzir em práticas as diretrizes do SUS para a APS. Nesse sentido, a educação permanente realizada no dia a dia do trabalho e as discussões ampliadas em reuniões de equipe, semanais ou quinzenais, mostram-se como mecanismos efetivos de integração da equipe num mesmo projeto de atenção à saúde.

O gerente ou responsável pela UBS nem sempre é um profissional com essa específica função, dependendo do tamanho e complexidade da unidade e da política municipal de saúde. Entretanto, de um modo geral, um profissional da equipe tende a assumir a coordenação, preferencialmente de um modo colegiado e com interlocução com a comunidade.

Nesse sentido ampliado, o gerenciamento local de uma UBS inclui um conjunto diversificado de atividades e desafios, como a administração da infraestrutura e da disponibilidade de insumos; a organização do fluxo assistencial, com garantia de acesso ao cuidado programado e acolhimento às diferentes demandas dos usuários; a articulação com a comunidade e com a rede ampliada de serviços, e a coordenação de ações de planejamento e avaliação.

As ações de diagnóstico, eleição de prioridades e planejamento devem basear-se no levantamento de diferentes fontes de informação, com participação ativa de toda a equipe e de usuários.

Um aspecto que deve ser enfatizado é a promoção da segurança de usuários e profissionais, o que envolve a prevenção e redução de riscos e danos desnecessários durante o atendimento. Isso exige uma abordagem multiprofissional e o envolvimento de toda a equipe para criar uma cultura de segurança.

Na APS a segurança baseia-se no controle de riscos, por meio de medidas como: prevenção de infecções relacionadas à assistência (higienização das mãos, equipamentos de proteção individual, fluxo adequado e fornecimento de máscaras para pessoa com sintomas respiratórios, gestão de resíduos e de material infectado, uso racional de antimicrobianos); prevenção de quedas, especialmente de idosos (sinalização de ambientes, instalação de corrimãos, correção de desníveis); uso seguro de medicamentos em relação à prescrição, dispensação e administração na unidade (capacitação e supervisão dos responsáveis, protocolos de checagem, descarte adequado de perfurocortantes).



REFERÊNCIAS

DALCIN, Tiago Chagas et al. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 páginas. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/seguranca-paciente-atencao-primaria-saude-teoria-pratica/. Acesso em: 01 set. 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde - 2019-2022. Rio de Janeiro, março de 2019. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDM3MDM%2C#:~. Acesso em: 01 set. 2025.

Nunes, L. O., et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 42, e175. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175. Acesso em: 01 set. 2025.

SILVEIRA, N. C.; RIBEIRO, M. A.; ALBUQUERQUE, I. M.; CUNHA, I. C.; CARNEIRO, M. S.; CUNHA, C. G. et al. Gerenciamento da atenção básica no Brasil: uma análise a partir da percepção de especialistas. Enfermagem em Foco, Brasília, v. 12, n. 6, p. 1091-1097, 2021. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/gerenciamento-atencao-basica-brasil.pdf. Acesso em: 01 set. 2025.

INDICADOR:

MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO DA UNIDADE COM O NÍVEL CENTRAL
(Questão G35)

Padrão adotado

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

A articulação com a gestão municipal de saúde deve ocorrer de forma frequente e proativa, buscando a soma de esforços na defesa de medidas que assegurem a qualidade das ações desenvolvidas no nível local.

A efetividade da integração entre unidades básicas e gestão municipal depende da qualidade dos processos de coordenação e apoio técnico, conforme apontam estudos sobre a influência da gestão municipal na organização dos serviços de APS.

Reuniões periódicas com os responsáveis pela gestão municipal constituem espaços estratégicos de articulação e discussão das ações previstas no Plano Municipal de Saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica. Nessas ocasiões, além de tratar de aspectos relativos à manutenção da estrutura física, de insumos e de recursos humanos e materiais, é fundamental discutir estratégias que fortaleçam a capacidade de resposta das unidades às necessidades de saúde dos territórios e do município como um todo.

A supervisão técnica e o matriciamento das equipes de APS devem ser compromissos permanentes da gestão municipal, com participação ativa das unidades. Esses processos contribuem para o fortalecimento do sentimento de pertencimento, empoderamento e corresponsabilização das equipes, na perspectiva da cogestão e da participação social.

Um ponto central na interlocução entre o nível local e o nível central é o fortalecimento do papel de ordenação da rede de atenção à saúde pela Atenção Básica. Esse papel depende de medidas que extrapolam a governabilidade imediata das unidades e que exigem a coparticipação da gestão municipal, como a integração com os demais serviços da rede municipal e/ou regional de atenção à saúde, e o planejamento de ações intersetoriais que promovam maior articulação e efetividade das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 27 ago. 2025.

SANINE, P.R. et al. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, e00242219, 2021. https://doi.org/10.1590/0102-311X00242219. Acesso em: 27 ago. 2025.



1.11 Dimensão: Organização do Trabalho e Atenção à Saúde – Equipes de Saúde da Família/ Atenção Primária

A dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde – Equipes de Saúde da Família/ Atenção Primária avalia como os processos de trabalho das equipes de AB se estruturam no cotidiano do serviço e se traduzem em práticas de cuidado coerentes com as necessidades do território. Abrange aspectos relacionados ao planejamento e à organização da agenda e fluxos assistenciais, à articulação entre os diferentes profissionais da equipe e ao uso de estratégias que favoreçam o acesso oportuno, a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção prestada.

Essa dimensão considera que a qualidade da atenção está diretamente associada à capacidade da equipe de analisar a realidade local, organizar suas ações de forma sistemática e responder de maneira coordenada às demandas espontâneas e programadas. Inclui, ainda, o desenvolvimento de práticas de educação permanente, a realização de reuniões de equipe e o acompanhamento dos resultados das ações, reconhecendo esses elementos como fundamentais para o aprimoramento contínuo do cuidado.

Além da organização interna do trabalho, a dimensão contempla a atenção ofertada aos diferentes ciclos de vida, grupos populacionais e agravos de relevância epidemiológica e social, segundo protocolos de diretrizes nacionais da APS. Avalia-se a abrangência e a consistência das ações desenvolvidas no território, a articulação com outros pontos da rede de atenção e a adoção de estratégias que promovam equidade, prevenção de agravos e cuidado longitudinal, reafirmando o papel central da APS na coordenação do cuidado.

Os indicadores dessa dimensão estão organizados em oito domínios, com número de indicadores que podem variar entre 89 e 93, que expressam componentes centrais do processo de trabalho e das práticas assistenciais desenvolvidas pelas equipes.



1.11.1 Domínio: Organização do Trabalho

A Organização do Trabalho das equipes é o elemento central para a garantia do acesso oportuno, da continuidade do cuidado e da integralidade das ações desenvolvidas no território. Processos de trabalho bem estruturados favorecem a atuação coordenada da equipe, a otimização dos recursos disponíveis e a adequação das respostas às necessidades da população adscrita.

Práticas como o planejamento coletivo, a definição clara de fluxos assistenciais e a análise sistemática das informações do território contribuem para maior previsibilidade das ações e para a qualificação do cuidado. A capacidade de articular demandas programadas e espontâneas fortalece o acolhimento e amplia a resolutividade dos serviços. Além disso, estratégias de acompanhamento de usuários e de monitoramento de resultados sustentam o cuidado longitudinal e reforçam o papel da AB como coordenadora do cuidado no SUS.

Quadro 8 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Organização do Trabalho. QualiAB, 2025

Domínio: Organização do Trabalho	
Questão	Indicadores
E4	Estratégias para diagnosticar as condições sociais e de saúde do território
E8	Principais estratégias de educação permanente utilizadas
E9	Periodicidade das reuniões de equipe
E15	Organização do agendamento da consulta médica
E17	Definição do fluxo para atendimento da demanda espontânea
E18	Ações realizadas para atendimento da demanda espontânea
E19	Grupos prioritários para a busca ativa de faltosos
E20	Avaliação dos resultados de exames em tempo oportuno



INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA DIAGNOSTICAR AS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DO TERRITÓRIO

(Questão E4)

Padrão adotado

O diagnóstico do território deve contemplar a identificação dos principais agravos e as populações mais vulneráveis, além de caracterizar as condições socioambientais, os equipamentos sociais e a mobilidade urbana, utilizando recursos como mapas físicos e mapas inteligentes para subsidiar o planejamento das ações da equipe.

O diagnóstico do território constitui uma das ferramentas centrais para a organização do trabalho na APS. A realização contínua desse processo permite à equipe compreender a realidade local, identificar os agravos mais prevalentes e mapear as vulnerabilidades sociais e de saúde da população. Essa prática é recomendada por políticas nacionais e internacionais de APS, pois fornece subsídios concretos para o planejamento, a programação das ações e a priorização de grupos populacionais mais expostos a riscos, fortalecendo a equidade e a efetividade das intervenções. Ao identificar os principais agravos e as populações mais vulneráveis, a equipe pode ajustar suas práticas às necessidades concretas do território, potencializando a resolutividade dos serviços.

A caracterização do território também inclui a análise das condições socioambientais e o levantamento dos equipamentos sociais disponíveis, como escolas, creches, igrejas e outras instituições de apoio comunitário. Esse olhar integrado amplia a capacidade de articulação intersetorial e de promoção da saúde, reconhecendo que fatores sociais e ambientais interferem diretamente no processo saúde-doença. O mapeamento desses recursos fortalece o vínculo entre serviços de saúde e comunidade, possibilitando maior integração entre políticas públicas e práticas locais, além de contribuir para o planejamento compartilhado de estratégias de cuidado e promoção da saúde.

Outro aspecto central do diagnóstico é o uso de ferramentas cartográficas e informacionais. O mapa físico do território, com delimitação geográfica, permite localizar espacialmente as áreas de abrangência e organizar a cobertura da equipe. Já o chamado "mapa inteligente" amplia a capacidade de análise ao agregar informações ambientais, sociais, demográficas e de saúde, incluindo aspectos como mobilidade urbana, barreiras geográficas e fluxos populacionais. Esses instrumentos inovadores tornam mais visíveis as desigualdades no acesso aos serviços, permitindo que a APS organize suas práticas de forma mais eficiente, territorializada e sensível às especificidades locais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. (org.). Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 86 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acesso em: 27 ago. 2025.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet], Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, nov. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018. Acesso em: 27 ago. 2025.

INDICADOR:

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE UTILIZADAS
(Questão E8)

Padrão adotado

As equipes de APS devem desenvolver estratégias regulares de educação permanente, tais como supervisões no cotidiano, discussão de casos em reuniões, consultas compartilhadas, supervisões externas multiprofissionais e oficinas sobre temas relevantes.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um componente essencial para a qualificação da APS, uma vez que possibilita a aprendizagem no próprio processo de trabalho, de forma contínua e contextualizada. Diferentemente da educação tradicional, a EPS parte das necessidades concretas vivenciadas pelas equipes, articulando teoria e prática em situações reais de cuidado. As estratégias mais frequentes, como as supervisões diretas no cotidiano, permitem a reflexão crítica sobre as práticas profissionais e a construção coletiva de soluções, tornando o processo formativo parte integrante da rotina da unidade.



Outro recurso importante é a utilização das reuniões de equipe para a discussão de casos e para a organização do cuidado. Essas práticas favorecem a integração entre diferentes categorias profissionais e estimulam a corresponsabilização pelos usuários e famílias acompanhados. A realização de consultas compartilhadas também se insere nessa lógica, constituindo-se como momentos privilegiados para troca de saberes, apoio mútuo e ampliação da capacidade de resposta da equipe diante de situações complexas. Além disso, as supervisões realizadas por equipes multiprofissionais externas funcionam como espaços de apoio institucional e pedagógico, trazendo novas perspectivas e qualificando a análise das práticas de saúde.

A realização de oficinas sobre temas atuais e relevantes para a equipe amplia a diversidade das estratégias de educação permanente, proporcionando momentos de aprofundamento temático e atualização técnica. Essas oficinas também funcionam como espaços de fortalecimento dos vínculos entre trabalhadores, estimulando a reflexão coletiva sobre os desafios do território e do processo de trabalho.

De modo geral, a utilização de múltiplas estratégias de EPS evidencia o compromisso das equipes de APS com a aprendizagem constante, a inovação das práticas de cuidado e a valorização dos trabalhadores da saúde como protagonistas do processo de transformação da atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.



INDICADOR:

PERIODICIDADE DAS REUNIÕES DE EQUIPE

(Questão E9)

Padrão adotado

Reuniões de equipe são espaços fundamentais para discussão do processo de trabalho, integração entre os profissionais, trocas de saberes e experiências, elaboração coletiva de propostas de cuidado e de atuação no território. A periodicidade garante o contínuo fortalecimento do trabalho em equipe e deve ser, preferencialmente, semanal ou quinzenal.

As reuniões de equipe representam um dos principais instrumentos de organização do processo de trabalho na APS. Sua periodicidade influencia diretamente a qualidade da comunicação interna, a integração das ações e a capacidade de resposta coletiva diante das necessidades do território. Quando realizadas de forma sistemática, especialmente em frequência semanal, constituem-se em espaços estratégicos para o planejamento, avaliação e reorganização das práticas, fortalecendo a corresponsabilização entre os profissionais e a efetividade das ações de saúde.

A periodicidade das reuniões impacta a construção do trabalho em equipe e a continuidade do cuidado. Reuniões quinzenais ou mensais podem contribuir para alinhamentos mais gerais e para a definição de estratégias pontuais, mas apresentam menor potência para responder a situações cotidianas e complexas, comuns no âmbito da APS. Já a ausência de regularidade, ou a realização apenas quando surgem problemas, fragiliza a gestão participativa e a coordenação do cuidado, dificultando a consolidação de uma prática integrada e planejada. As reuniões são ainda espaços privilegiados para promover a educação permanente, discutir casos, planejar atividades coletivas e articular ações intersetoriais. Sua regularidade fortalece o caráter multiprofissional da APS e garante maior participação dos trabalhadores na definição das prioridades locais.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

INDICADOR:

ORGANIZAÇÃO DO AGENDAMENTO DA CONSULTA MÉDICA

(Questão E15)

Padrão adotado

O agendamento de consultas médicas deve ser realizado com hora marcada para cada usuário, garantindo organização do acesso e melhor acolhimento.

O agendamento de consultas médicas na APS é um importante aspecto da organização do acesso. O modelo mais estruturado é aquele em que há marcação de horário individual para cada usuário, pois permite maior previsibilidade, otimiza o tempo de atendimento e promove a continuidade do cuidado. Esse formato favorece a responsabilização da equipe pelo acompanhamento dos usuários, reduz filas e esperas desnecessárias e organiza a agenda de forma mais equitativa, contemplando diferentes perfis de necessidade.

Modelos menos estruturados, como o agendamento coletivo no início do turno ou apenas a marcação para grupos de usuários, tendem a gerar concentração de demanda, sobrecarga de profissionais e dificuldades na coordenação do cuidado. Já a ausência de qualquer forma de agendamento resulta em desorganização do fluxo, maior risco de iniquidade no acesso e dificuldade para o planejamento das atividades da equipe.

Unidades básicas que adotam o modelo de "Acesso Avançado", possuem agendamentos em curto espaço de tempo a partir do contato inicial do usuário. Entretanto, mesmo para esse modelo, o agendamento deve ser feito por horário, mantendo assim uma atenção humanizada. O agendamento individual com hora marcada contribui para o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, além de potencializar a coordenação do cuidado longitudinal. Esse modelo é o que melhor se alinha às recomendações da APS para garantir acesso ordenado, resolutivo e com qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 out. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

STELET, B. P. et al. "Avançado" ou "precipitado"? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, e00588191, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588. Acesso em: 02 out. 2025.

INDICADOR:

DEFINIÇÃO DO FLUXO PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA
(Questão E17)

Padrão adotado

O fluxo de usuários não agendados (demanda espontânea) deve ser definido por enfermeiros, técnicos de enfermagem sob sua supervisão ou outros profissionais habilitados, com base em critérios de risco e vulnerabilidade, garantindo acesso e resolutividade por meio do melhor encaminhamento para cada caso.

A organização do fluxo de usuários não agendados é uma dimensão central do acesso na APS. Uma das formas mais qualificadas de acolhimento é aquela em que enfermeiros ou outros profissionais supervisionados avaliam a demanda, utilizando critérios de risco, vulnerabilidade e necessidades de saúde para definir o atendimento mais adequado. Modelos centrados na recepção ou encaminhamento automático ao médico tendem a reduzir a resolutividade da equipe e sobrecarregar as consultas médicas.

Embora a organização do trabalho para equacionar o atendimento à demanda espontânea não tenha um modelo único, o acolhimento diretamente por profissional da equipe técnica, em geral enfermeiros ou técnicos com supervisão, permite que situações urgentes sejam atendidas imediatamente e que demandas programáveis sejam organizadas em agendamentos futuros. Além disso, é recomendável que a unidade possa dispor de outras formas de atendimento que possam ser uma alternativa de resposta à demanda espontânea, como diferentes atendimentos em grupo, por exemplo, grupo de "dor nas costas", grupo de idosos, grupo de pessoas em situação de violência, entre outros, conforme o perfil de necessidades de saúde e demandas recorrentes no território.



O acesso avançado é uma estratégia de organização da agenda que busca atender a demanda espontânea, ou seja, as consultas não agendadas, no mesmo dia ou em até 48 horas, mantendo uma parte significativa da agenda aberta para ser preenchida no dia em que o paciente busca o serviço. É um modelo que vem sendo utilizado em alguns municípios, mas exige condições específicas de equilíbrio entre demanda e capacidade de atendimento e ampla cobertura das unidades de saúde da família, entre outros fatores.

A presença de protocolos e a adoção de critérios clínicos e sociais são fundamentais para que a definição do fluxo seja transparente, segura e adequada ao contexto do território, de modo a ampliar a resolutividade, garantindo um cuidado equitativo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

STELET, B. P. et al. "Avançado" ou "precipitado"? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, e00588191, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588. Acesso em: 02 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA
(Questão E18)

Padrão adotado

A atenção à demanda espontânea deve ser acolhedora e resolutiva, com consultas médicas e de enfermagem no mesmo dia, agendamentos para atendimentos individuais ou em grupo, atendimento e estabilização de urgências/emergências, e encaminhamentos quando necessários. Deve-se ter o cuidado de separar o fluxo das pessoas com sintomas respiratórios dos demais usuários.

O atendimento à demanda espontânea deve sempre visar a melhor resposta possível para cada caso, o que exige a disponibilidade de diferentes alternativas, definidas a partir de uma escuta inicial que oriente a demanda.

O pronto atendimento com consultas médicas ou de enfermagem no mesmo dia, deve responder às condições agudas, agudização de condições crônicas, ou ainda, situações de risco ou vulnerabilidade social que exijam uma escuta qualificada para um pronto encaminhamento. Em serviços com equipes ampliadas, outros profissionais também devem representar uma alternativa de pronto atendimento, de acordo com a demanda, podendo envolver farmacêuticos, dentistas, psicólogos, entre outros.

Tão importante quanto um pronto atendimento no mesmo dia, é a organização de agendas para consultas individuais ou atendimentos em grupo, garantindo continuidade e acompanhamento adequado, sem sobrecarga de atendimentos imediatos. Para ser resolutivo, o agendamento não pode ter um período de espera muito longo, uma vez que espaçamentos prolongados tendem a fortalecer a busca por atendimentos no mesmo dia.

O atendimento de urgências e a estabilização de emergências são responsabilidades das UBS, como componente pré-hospitalar da rede de atenção à urgência/emergência (RAUE), ainda que posteriormente haja necessidade de encaminhamento a serviços especializados. Essas estratégias combinadas possibilitam responder à diversidade de demandas que chegam à unidade, garantindo equidade, eficiência e segurança do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Caderno de Atenção Básica nº 28. Volume I Brasília: MS, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290p.il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

INDICADOR:

GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA A BUSCA ATIVA DE FALTOSOS
(Questão E19)

Padrão adotado

A convocação ou busca ativa de faltosos deve ser realizada para grupos e condições prioritárias, incluindo vacinação, gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças de risco, usuários com exames alterados, condições crônicas e doenças transmissíveis de relevância epidemiológica.

A convocação de usuários que faltaram a um agendamento representa uma estratégia fundamental para garantir que a população tenha acesso contínuo aos cuidados de saúde e para melhorar os indicadores de saúde da comunidade. Deve ser feita de forma criteriosa por meio de contato telefônico, visita domiciliar ou notificação por escrito, de acordo com os recursos disponíveis. Importante que o contato seja feito diretamente com a pessoa, respeitando-se o sigilo necessário sobre seu diagnóstico e acompanhamento na UBS.

A busca ativa garante continuidade do acompanhamento em situações de maior risco e vulnerabilidade, como gestação, puerpério, recém-nascidos e crianças, prevenindo agravos e fortalecendo a integralidade. No caso da vacinação, é uma medida importante para manutenção da cobertura de crianças, adolescentes, adultos e idosos com o calendário vacinal incompleto ou em atraso.

A busca ativa também se aplica a outros grupos com risco diferenciado, como pessoas com condições crônicas, como HAS e DM, que apresentem risco de complicações, e usuários faltosos com exames alterados. Essa prática reduz desfechos adversos e aumenta a efetividade do cuidado longitudinal.

Além disso, o acompanhamento de populações expostas a condições transmissíveis (tuberculose, hanseníase, HIV/aids, sífilis), convocando os faltosos em seguimento, é essencial para vigilância epidemiológica e controle de agravos, com impacto direto na saúde individual e coletiva.

A convocação criteriosa e sistemática de faltosos demonstra a capacidade da UBS de atuar de forma proativa, articulada ao território, com foco na atenção integral, na prevenção de complicações, e na promoção da equidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

INDICADOR:

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE EXAMES EM TEMPO OPORTUNO
(Questão E20)

Padrão adotado

Os resultados dos exames clínicos laboratoriais e radiológicos devem ser avaliados assim que estejam acessíveis na unidade, independente da presença do usuário.

A avaliação dos resultados de exames laboratoriais e de imagem é um componente central da segurança do paciente e da continuidade do cuidado. A prática mais efetiva é a análise imediata dos resultados assim que disponíveis (em formato físico ou online), garantindo maior agilidade na tomada de decisões clínicas e prevenção de complicações.

Unidades nas quais os resultados só são avaliados no retorno do paciente ou apenas em consultas agendadas aumentam o risco de atrasos diagnósticos e terapêuticos, especialmente em casos de alterações que requeiram alterações de conduta, investigações e/ou encaminhamentos. Nesses casos, o retorno do usuário pode estar distante, ou ele pode faltar ao retorno agendado e unidade não identificar oportunamente a alteração, com implicações negativas para a saúde do usuário.

A revisão ativa dos resultados de exames pela equipe, independentemente da presença do usuário, possibilita medidas como a antecipação da consulta ou mesmo a busca ativa para um atendimento imediato, conforme critérios de risco.

Esse processo, quando integrado a sistemas informatizados e protocolos de acompanhamento, fortalece a vigilância em saúde e aumenta a efetividade clínica da APS, reforçando o cuidado proativo e centrado nas necessidades do usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162.p.il. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

1.11.2 Domínio: Atividades Profissionais

A atuação qualificada dos diferentes profissionais da equipe é fundamental para a efetivação do modelo de atenção proposto para a APS, seja para as equipes de saúde da família (eSF) ou para as equipes de Atenção Primária (eAP).

É essencial que médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários desenvolvam atividades clínicas, educativas e de vigilância em saúde de forma complementar, assegurando a integralidade do cuidado.

Este domínio pode apresentar variação de 4 a 8 indicadores (Quadro 9), de acordo com as diferentes composições da equipe em relação às especialidades dos médicos que atuam diariamente na unidade e à presença ou não de ACS (questões E6.1, E6.2, E6.3, E6.4, E6.6.1, E6.7, E6.8.2, E11).

Quadro 9 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Atividades Profissionais. QualiAB, 2025

Domínio: Atividades Profissionais	
Questão	Indicadores
E6.1*	Atividades realizadas pelos médicos de família
E6.2*	Atividades realizadas pelo médico clínico geral
E6.3*	Atividades realizadas pelo médico pediatra
E6.4 *	Atividades realizadas pelo médico ginecologista
E6.6.1*	Atividades realizadas pelos enfermeiros
E6.7 *	Atividades realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem
E6.8.2*	Atividades realizadas pelos ACS
E11	Ações realizadas em casos de acidentes com material biológico com profissionais da equipe

*Indicadores condicionados a resposta positiva quanto à presença desses profissionais na unidade (E6).

INDICADOR:
ATIVIDADES REALIZADAS PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA
(Questão E6.1)

INDICADOR:
ATIVIDADES REALIZADAS PELOS MÉDICOS CLÍNICO GERAL
(Questão E6.2)

INDICADOR:
ATIVIDADES REALIZADAS PELOS MÉDICOS PEDIATRA
(Questão E6.3)

INDICADOR:
ATIVIDADES REALIZADAS PELOS MÉDICOS GINECOLOGISTA
(Questão E6.4)

Padrão adotado

Os médicos que compõem as equipes de saúde da família/ atenção primária (eSF/eAP) devem realizar ações de atenção à saúde da demanda programada e espontânea, além da atenção às famílias e à comunidade. O trabalho médico inclui atendimentos individuais e em grupos, atendimento a situações de urgência e emergência, consultas compartilhadas, avaliação de faltosos e visitas domiciliares. Como parte integrante da equipe, devem participar das reuniões de equipe, contribuir para as ações de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas e elaboração do plano de cuidados para as pessoas no território, além de atividades de educação permanente da equipe.

Recomenda-se que o médico atenda às consultas de forma equilibrada entre a demanda espontânea (pacientes que chegam sem agendamento) e as consultas previamente agendadas, de modo a garantir acolhimento imediato quando necessário, e ao mesmo tempo promover maior previsibilidade para o cuidado continuado de pessoas em todo o ciclo de vida. O Ministério da Saúde orienta o registro das consultas no prontuário eletrônico do cidadão, indicando a necessidade de balanceamento entre as demandas programadas e espontâneas. É recomendável que os médicos participem, em conjunto com a equipe de Atenção Básica, de visitas domiciliares, especialmente para pacientes com dificuldade de locomoção, condições crônicas instáveis ou que exijam atenção particular no ambiente familiar. Essas visitas possibilitam avaliar o contexto domiciliar, oferecer orientações personalizadas, reforçar a adesão ao tratamento e prevenir agravamentos. A Ficha de Atendimento Domiciliar do e-SUS APS orienta que essas ações sejam registradas de maneira padronizada para garantir continuidade e qualidade do cuidado.

O atendimento em grupo constitui uma estratégia eficaz para a promoção do autocuidado, o fortalecimento de vínculos e o empoderamento dos usuários. Grupos temáticos, oficinas educativas e encontros sobre condições crônicas, como diabetes e hipertensão, devem ser estimulados pelas equipes de saúde. Essas ações coletivas favorecem o uso eficiente dos recursos e ampliam o alcance das intervenções.

A educação em saúde no território é um pilar fundamental da APS. Os médicos devem participar de ações educativas como palestras, campanhas e rodas de conversa, respeitando as especificidades culturais e epidemiológicas da população local. A Política Nacional de Atenção Básica enfatiza a importância dessas estratégias para fortalecer o protagonismo da comunidade no cuidado com a própria saúde.

A consulta compartilhada, realizada de forma integrada entre médicos e outros profissionais da equipe, como enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, deve ser incorporada como prática regular. Essa modalidade promove a integralidade do cuidado, amplia a resolutividade e fortalece o trabalho em equipe, sendo também prevista nos manuais técnicos do e-SUS APS. Quanto ao atendimento de urgência e emergência, cabe ao médico da APS realizar o acolhimento imediato, a classificação de risco e, quando necessário, o encaminhamento ao serviço adequado. A Portaria nº 1.600/2011 estabelece que a APS integra a Rede de Atenção às Urgências e deve oferecer resposta qualificada em situações agudas, respeitando seus limites de complexidade.

A avaliação e devolutiva dos resultados de exames aos usuários devem ser práticas rotineiras nas consultas. O médico deve discutir os achados com o paciente, orientar condutas e, sempre que necessário, intervir mesmo na ausência física do usuário, com base no prontuário e nos dados laboratoriais disponíveis.

A participação dos médicos em atividades de educação permanente é essencial para manter a qualidade e a atualização dos serviços. Cursos, reuniões clínicas, discussões de casos e oficinas devem ser promovidas regularmente, com foco na implementação de protocolos, fluxos assistenciais e boas práticas clínicas.

Recomenda-se que o médico e a equipe desenvolvam estratégias para identificar e contatar pacientes que faltaram às consultas agendadas. A busca ativa, por meio de visita domiciliar, telefonema ou contato com o ACS, visa restaurar o vínculo, reavaliar o plano de cuidado e evitar desfechos negativos decorrentes da descontinuidade assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daps/cgdi/cadernos-de-atencao-basica. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-SUS Atenção Primária: guia orientador do registro das ações da equipe de Atenção Primária à Saúde no prontuário eletrônico (PEC). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/guias-preenchimento/equipeaps/. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestão da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/manual/GESTAO/. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de uso do sistema e-SUS APS: versão 5.3. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/Últimas%20releases/Versão%205.3/. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) – Ficha de Atendimento Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/manual/CDS/CDS_09. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/atencao-basica/pnab. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 02 out. 2025.



INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS
(Questão E6.6.1)

Padrão adotado

Os enfermeiros realizam ações de cuidado, supervisão e gerenciamento, conforme sua inserção na equipe. São responsáveis por ações de atenção à saúde individual, em todos os ciclos de vida, e pela atenção às famílias, tanto na unidade quanto no domicílio e demais espaços comunitários. Realizam consultas de enfermagem, acolhimento, procedimentos, solicitam exames e prescrevem medicações de acordo com protocolos incorporados em cada município, por meio de ações individuais e em grupo. Têm importante papel na coordenação de reuniões da equipe, sendo responsáveis pela supervisão dos técnicos/auxiliares de enfermagem e, em geral, pelo gerenciamento do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

A APS tem no enfermeiro um profissional central no processo de cuidado, tanto em suas dimensões assistenciais quanto gerenciais. A Política Nacional de (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, reconhece o papel estratégico desse profissional no fortalecimento da saúde pública no Brasil.

No âmbito assistencial, o enfermeiro realiza consultas de enfermagem, atividade privativa conforme a Lei nº 7.498/1986, regulamentada pela PNAB. Essas consultas constituem espaço de escuta qualificada, cuidado clínico e promoção da saúde. O profissional pode solicitar exames e prescrever medicamentos de acordo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais, conforme a legislação vigente.

Compete também ao enfermeiro o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, mediante consultas periódicas de puericultura, bem como a realização e devolutiva do exame citopatológico. Além disso, é responsável por curativos e outros procedimentos de enfermagem, zelando pela segurança do usuário, avaliando e orientando sobre resultados de exames, e garantindo a continuidade do cuidado e os ajustes necessários no plano terapêutico. O acolhimento humanizado, com classificação de risco, é outra função essencial atribuída ao enfermeiro, assegurando o atendimento equitativo e a organização da demanda espontânea. As visitas domiciliares, realizadas pelo enfermeiro e pela equipe de Saúde da Família, fortalecem o vínculo com os usuários e possibilitam acompanhamento individualizado.

A coordenação de grupos de educação em saúde — como os voltados a gestantes, hipertensos e diabéticos — também pode ser conduzida pelo enfermeiro, que desempenha papel ativo em ações educativas e comunitárias voltadas à promoção de hábitos saudáveis e à prevenção de doenças. A consulta compartilhada entre enfermeiro, médico e demais profissionais da equipe multiprofissional é uma estratégia recomendada pela PNAB, pois fortalece a integralidade da atenção, estimula o aprendizado interprofissional e amplia a resolutividade dos casos complexos.

No cuidado à gestante, o enfermeiro realiza consultas de pré-natal em articulação com o seguimento médico, com enfoque na integralidade do cuidado, identificação de fatores de risco, solicitação de exames e orientação à gestante. A busca ativa e o acompanhamento dos usuários faltosos integram sua rotina na unidade, assegurando a continuidade do cuidado. Também é sua atribuição registrar agravos e doenças de notificação compulsória, apoiando as ações de vigilância em saúde.

No campo gerencial, o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento da unidade, o que envolve a organização de fluxos, o controle de insumos e a análise de indicadores de saúde, além da supervisão das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e da equipe de enfermagem. As reuniões de equipe, coordenadas pelo enfermeiro, são espaços fundamentais de planejamento, integração e avaliação do trabalho multiprofissional, conforme reforça a PNAB.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Saúde da Mulher: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Caderno de Atenção Básica, nº 13. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_2013.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco na Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/atencao-basica/pnab. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 02 out. 2025.

INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (Questão E6.6.7)

Padrão adotado

Os auxiliares/técnicos de enfermagem são profissionais de grande importância no trabalho em equipe. Realizam um conjunto diversificado de atividades e procedimentos de enfermagem como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, além de participar das atividades de educação em saúde, na UBS, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários e participar das reuniões de equipe. Devem estar preparados para acolher os usuários e reconhecer sinais de alerta de situações de urgência/emergência de modo a desencadear o atendimento necessário.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem podem participar do acolhimento inicial dos usuários que procuram a UBS sem agendamento, sempre sob supervisão do enfermeiro. Essa prática deve ser conduzida de forma humanizada, garantindo escuta qualificada e adequada organização do fluxo de atendimento.

É responsabilidade desses profissionais identificar sinais de alerta que indiquem situações de urgência ou emergência, comunicando imediatamente o enfermeiro ou o médico, de modo a assegurar agilidade no atendimento.

A aferição e o registro de sinais vitais são atribuições próprias dos técnicos e auxiliares de enfermagem e constituem etapas fundamentais para subsidiar as consultas de enfermagem e médica. Essa atividade está prevista na Lei nº 7.498/1986 como parte integrante do processo de enfermagem.



Após as consultas, cabe ao técnico ou auxiliar orientar o usuário quanto à continuidade do tratamento, aos retornos e encaminhamentos necessários, além de auxiliar no processo de agendamento, contribuindo para a integralidade do cuidado. Também são atribuições desses profissionais a realização de procedimentos como curativos, administração de vacinas e medicamentos, bem como a limpeza e esterilização de materiais, sempre em conformidade com protocolos técnicos e sob supervisão do enfermeiro.

As visitas domiciliares, quando realizadas por técnicos ou auxiliares de enfermagem, devem ser planejadas em conjunto com o enfermeiro, visando ações como administração de medicamentos, curativos e acompanhamento de pacientes acamados. Esses profissionais também podem participar de atividades educativas em escolas, associações e grupos comunitários, em parceria com o enfermeiro, contribuindo para ações de educação em saúde e para a consolidação de estratégias de humanização e acolhimento.

A participação nas reuniões da equipe multiprofissional é uma função relevante dos técnicos e auxiliares de enfermagem, possibilitando que contribuam com informações sobre a rotina da unidade, o contexto da comunidade e as necessidades observadas, sob coordenação e supervisão do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Saúde da Mulher: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Caderno de Atenção Básica, nº 13. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_2013.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco na Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de

setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/atencao-basica/pnab. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 02 out. 2025.

INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ACS

(Questão E6.8.2)

Padrão adotado

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais estratégicos para o fortalecimento do vínculo entre a UBS e a comunidade, atuando como elo entre a equipe de saúde e o território. Sua atuação tem como foco ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, e a participação no acompanhamento contínuo das famílias de sua microárea. Desenvolvem um conjunto diversificado de ações na unidade, na comunidade e em visitas domiciliares regulares. Como parte de sua atuação no território, o ACS deve realizar busca ativa e acompanhamento de gestantes, crianças, pessoas com doenças crônicas e agravos infecciosos, e atuar com a equipe multiprofissional e com os Agentes de Combate a Endemias (ACE) em ações de vigilância e controle de doenças. A participação dos ACS nas reuniões de equipe é fundamental para o planejamento das ações, a troca de informações sobre o território e a construção de planos de cuidado que considerem o contexto familiar e comunitário, contribuindo para a integralidade da atenção.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), por sua proximidade com as famílias e com o território, desempenha papel essencial na identificação de situações de vulnerabilidade e risco, inclusive casos de violência doméstica contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Diante de suspeitas ou confirmações, deve comunicar imediatamente à equipe de saúde, assegurando o encaminhamento e a notificação adequados, e contribuindo para a proteção social e em saúde.

Durante as visitas domiciliares, o ACS deve observar o cartão de vacinas e o crescimento e desenvolvimento infantil, observando peso e altura e incentivando a participação nas consultas de puericultura. Esse acompanhamento fortalece a prevenção de agravos e reforça o vínculo entre as famílias e a UBS, sendo prática estruturante do trabalho na APS.



O trabalho integrado entre ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE) é recomendado pelo Ministério da Saúde para potencializar as ações de vigilância em saúde, incluindo o controle de vetores, a prevenção de arboviroses e a promoção de ambientes saudáveis. A PNAB destaca que essa integração amplia a efetividade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no território, o que foi reforçado em 2025 pela Diretriz de Atuação Integrada dos ACE com os ACS.

Por seu papel de proximidade e escuta qualificada, o ACS é peça-chave no diagnóstico situacional da comunidade, contribuindo com informações sobre condições de vida, determinantes sociais e perfil de saúde da população. Sua participação ativa no planejamento das ações da equipe assegura que o cuidado seja orientado às reais necessidades do território. As visitas domiciliares contínuas e programadas constituem o eixo central do processo de trabalho do ACS, permitindo identificar demandas, orientar cuidados e fortalecer o vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde. Essa prática contribui para a longitudinalidade do cuidado e para a resolutividade da APS.

O ACS deve participar de atividades comunitárias e educativas que incentivem práticas saudáveis, ampliem o acesso à informação e promovam o protagonismo da comunidade na produção de saúde, em parceria com a equipe multiprofissional.

Entre suas atribuições também se inclui a entrega domiciliar de comunicados, resultados de exames e medicamentos a usuários com dificuldades de locomoção, garantindo o acesso e a continuidade do cuidado, conforme previsto na PNAB.

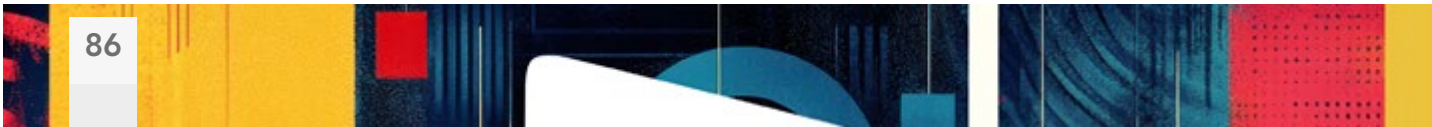
O ACS pode realizar, ainda, a supervisão do tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose e hanseníase no domicílio, assegurando a adesão terapêutica e contribuindo para o controle dessas doenças.

A identificação de famílias em situação de vulnerabilidade social — como pobreza extrema, insegurança alimentar ou falta de acesso a serviços — é parte essencial do cuidado, devendo o ACS articular, junto com a equipe, o encaminhamento à rede de proteção social e o acompanhamento conjunto com outros setores.

Compete ao ACS realizar busca ativa de gestantes e crianças menores de um ano, promovendo o início precoce do pré-natal e o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Também deve orientar as mulheres sobre a prevenção de câncer ginecológico, em especial o câncer de colo do útero, e atuar na busca ativa de usuários com atraso vacinal.

O acompanhamento de usuários com condições crônicas, como hipertensão e diabetes, e a observação de sintomas respiratórios prolongados (suspeitos de tuberculose) ou sinais sugestivos de hanseníase, integram suas responsabilidades no território.

Desde que devidamente capacitado e sob supervisão do enfermeiro, o ACS pode



realizar aferições simples, como pressão arterial e glicemia capilar, contribuindo para o acompanhamento de usuários crônicos no domicílio.

A participação ativa nas reuniões da equipe multiprofissional é fundamental para a troca de informações sobre o território, o planejamento compartilhado das ações de saúde e a construção de planos de cuidado interdisciplinares, fortalecendo o trabalho coletivo e a efetividade da APS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional para Atuação Integrada dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde no Território. (recurso eletrônico). Brasília, Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia-ambiental/diretriz-nacional-para-atuacao-dos-ace-e-acs-no-territorio.pdf. Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI): diretrizes e normas. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pni/publicacoes. Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf Acesso em: 3 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS EM CASOS DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

(Questão E11)

Padrão adotado

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

Os acidentes de trabalho causados pela exposição à material biológico (ATMB) ocorrem quando o profissional entra em contato direto ou indireto com substâncias contaminadas (por exemplo: sangue, fluido com sangue, soro e plasma) por meio de perfurocortantes ou respingos em mucosas e pele não íntegra. São acidentes capazes de transmitir diversos patógenos, com destaque para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e os vírus das hepatites B e C.

Embora os ATMB ocorram principalmente em ambientes hospitalares, é importante reconhecer que também ocorrem com frequência entre os profissionais da APS. Para evitar o sub-registro, deve-se considerar como caso todo acidente de trabalho envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos potencialmente contaminados.

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

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

Verificar o status sorológico da fonte (origem do acidente) quanto à infecção pelo HIV, hepatite



B e hepatite C, no momento da ocorrência do acidente, verificando, no prontuário, se já existe confirmação anterior de exames positivos.

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

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

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf. Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pcdt_pep_hiv_ist_hepatites.pdf Acesso em: 3 out. 2025.

PANEBIANCO D, Demarchi G, Costa GR, Viana LP, Curvello MAS, Enohi RT. Riscos de acidentes com material biológico na Atenção Primária: análise do estado de São Paulo (2020-2024). Rev Bras Med Trab. 2025;23(3):e20251480. Disponível em: http://doi.org/10.47626/1679-4435-2025-1480. Acesso em: 3 out. 2025.

1.11.3 Domínio: Educação em Saúde para População do Território

A educação em saúde é componente essencial da promoção da saúde e deve estar presente tanto no espaço da unidade quanto no território. É esperado que os serviços desenvolvam ações sistematizadas, diversificadas e culturalmente adequadas, que dialoguem com as necessidades da população e ampliem sua capacidade de compreender riscos, adotar práticas protetoras e participar ativamente do cuidado.

A oferta de diferentes estratégias — grupos, ações comunitárias, rodas de conversa, campanhas, intervenções no território — fortalece vínculos, estimula a participação social e aproxima a equipe das dinâmicas locais.

Quadro 10 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Educação em Saúde para População do Território. QualiAB, 2025

Domínio: Educação em Saúde para População do Território	
Questão	Indicadores
E12.1	Temas de educação em saúde abordados na unidade para usuários nos últimos 12 meses
E12.2	Estratégias de educação em saúde na unidade
E13.1	Temas de educação em saúde abordados no território nos últimos 12 meses
E13.2	Estratégias de educação em saúde na comunidade



INDICADOR:

TEMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ABORDADOS NA UNIDADE COM USUÁRIOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES
(Questão E12.1)

Padrão adotado

Há uma grande diversidade de temas de educação em saúde que podem ser abordados nas atividades realizadas com usuários nas USB. Vários temas são essenciais, contudo, alguns se destacam devido à relevância epidemiológica e social em cada território. Valoriza-se a abordagem de temas variados nas atividades de educação em saúde realizadas na unidade nos últimos 12 meses.

As ações educativas realizadas pelas equipes de APS devem contemplar uma diversidade de temas que reflitam as principais necessidades de saúde da população, conforme identificado no território.

Entre os temas prioritários estão aqueles relacionados à promoção da saúde, como alimentação saudável, atividade física, aleitamento materno e planejamento reprodutivo; relativos à prevenção e diagnóstico precoce de doenças, como vacinação, câncer de colo e mama, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, dengue e doenças crônicas de maior prevalência, como hipertensão e diabetes. Além disso, tem grande importância a abordagem de temas transversais como cuidados com o meio ambiente, sexualidade e gênero, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, saúde mental e violência, entre outros.

As diferentes campanhas da agenda do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais, abrem oportunidades para a abordagem de várias dessas temáticas. Deve-se estar atento, no entanto, para que os temas de ações educativas sejam definidos com base em diagnóstico situacional do território, de acordo com o perfil epidemiológico e sociodemográfico, e a partir de escuta qualificada da comunidade, respeitando o protagonismo dos usuários e os saberes populares. Isso garante que as ações sejam pertinentes, efetivas e sustentáveis, contribuindo para a resolutividade da APS e a promoção da equidade em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária, n. 29: Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.



CRUZ, P. J. S. C. et al. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 28, p. e230550, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/VKTJmjvH6nMtxx6KZHBkdRp/. Acesso em: 08 ago. 2025.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, esp. 1, p. 18–37, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 03 ago. 2025.

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: https://www.oecd.org/health/oecd-reviews-of-health-systems-brazil-2021-9bf007f4-pt.htm. Acesso em: 03 ago. 2025.

SOUZA, A. E. S. de et. al. Temas de Educação em Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde/Gestão e Assistência 2022-2023. Santarém: Universidade do Estado Pará, 2023. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/973297/2/cartilha%20ures.pdf. Acesso em: 08 ago. 2025.

TORRES, H. C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 751–756, 2010. DOI: 10.1590/S0103-21002010000600012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/zRzxRy5D93M8WSHxrtFNyfQ/. Acesso em: 03 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE
(Questão E12.2)

Padrão adotado

Valoriza-se a utilização de um conjunto diversificado de estratégias para ações de educação em saúde na unidade básica, priorizando aquelas que promovam uma maior escuta e diálogo com usuários. Além de grupos abertos e de convivência, que partem de fala dos usuários, diferentes estratégias podem ser realizadas, como rodas de conversa, grupos temáticos, discussões em sala de espera e palestras.



Ações participativas e integradas com os usuários permitem o desenvolvimento de novos modos de promover e produzir saúde. Além de ampliar o vínculo com a unidade, amplia o acesso e enriquece o conhecimento de profissionais e usuários, conferindo maior efetividade e integralidade aos cuidados em saúde.

Nesse sentido, as ações educativas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde devem promover o diálogo, a participação e o aprendizado coletivo, utilizando estratégias diversificadas e adequadas ao público. Entre elas, destacam-se grupos de escuta e convivência e as rodas de conversa, que favorecem a troca de informações e experiências e a construção conjunta de soluções. Além disso, os grupos de apoio voltados a temas específicos — como tabagismo, diabetes ou reabilitação — fortalecem o autocuidado e o vínculo entre os participantes.

Complementam essas ações a produção de materiais educativos participativos, elaborados com linguagem acessível e sensível à realidade local; a promoção de atividades lúdicas, como jogos, teatro, músicas e vídeos, que tornam o aprendizado mais atrativo, especialmente para crianças e adolescentes; e as oficinas práticas, voltadas ao desenvolvimento de habilidades e hábitos saudáveis. A execução e avaliação dessas atividades deve contar com a participação de uma equipe multiprofissional, garantindo a integração dos saberes e o fortalecimento do cuidado integral.

Embora ações mais pontuais como palestras e discussões em sala de espera, como as impulsionadas por datas comemorativas ou campanhas temáticas nacionais, tenham valor como estratégia de visibilidade, devem ser compreendidas como complementares a processos educativos permanentes. Essas ações, quando concebidas com base em metodologias participativas e sustentadas pelo vínculo entre a equipe de saúde e a população, podem constituir-se em ações educativas e estratégias de cuidado articuladas a outras ações educativas voltadas para os usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 03 ago. 2025.

BUZIQUIA, S. P. et al. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 1, e220121pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220121pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DmJfByh5D7GXMpkd7cdfwph. Acesso em: 03 ago. 2025.

FERREIRA, C. L.; JORGE, T. M. Educação permanente em saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. Revista Médica de Ribeirão Preto, v. 56, n. 6, p. 762–769, 2023. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/196780. Acesso em: 3 ago. 2025.

FITTIPALDI, A. L. de M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 25, e200806. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/t5MyrjCKp93sxZhmKTKDsbd/. Acesso em: 08 ago. 2025.

PINTO, I. C. M.; AZEVEDO, M. E. (orgs.) Política nacional de educação permanente em saúde: monitoramento e avaliação. Salvador: EDUFBA, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36295. Acesso em: 08 ago. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde. Manual de Atenção Primária à Saúde para novas gestões municipais: 2025-2028. 1. ed. Porto Alegre: ESP/SES-RS, 2025. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202502/26122951-manual-atencao-primaria.pdf. Acesso em: 03 ago. 2025.

INDICADOR:

TEMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ABORDADOS NA COMUNIDADE NO ÚLTIMO ANO (Questão E13.1)

Padrão adotado

Uma grande diversidade de temas de educação em saúde pode ser abordada em atividades realizadas no território. Vários temas são essenciais, contudo, há alguns que se destacam devido à relevância epidemiológica e social que assumem em cada contexto. Temas transversais como, violência, racismo, drogadição, posse responsável de animais, entre outros, ao lado de temas de promoção da saúde e prevenção de doenças, estão entre as temáticas elegíveis. Valoriza-se a abordagem de um número diversificado de temas nas atividades de educação em saúde realizadas nos últimos 12 meses na comunidade.

Os temas de educação em saúde abordados em atividades para usuários na unidade ganham nova dimensão quando discutidos em ambientes comunitários, onde a população tem um maior protagonismo. Devem abranger uma variedade de temas que expressem as principais demandas e necessidades de saúde de cada território.

Entre os temas prioritários, destacam-se a alimentação saudável e a segurança alimentar, as práticas de atividades físicas, a qualidade de vida e o envelhecimento saudável, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, o planejamento reprodutivo e a gestação na adolescência, bem como a saúde bucal, a sexualidade e gênero, a prevenção da tuberculose, da hanseníase e das principais doenças crônicas transmissíveis que acometem a população.

Também são relevantes os temas voltados à prevenção do tabagismo, ao uso de álcool e outras drogas, ao enfrentamento do racismo, da violência e à prevenção do suicídio, além da promoção da vacinação para ampliação da cobertura vacinal, do cuidado com a saúde e o meio ambiente incluindo a destinação adequada de resíduos e a reciclagem, o controle da proliferação de vetores (como dengue, leishmaniose e malária) e a posse responsável de animais.

A definição dos temas das ações educativas deve basear-se em um diagnóstico situacional do território, incorporando indicadores epidemiológicos, o perfil sociodemográfico e a escuta qualificada da comunidade. Essa abordagem assegura que as ações sejam pertinentes, efetivas e sustentáveis, contribuindo para a resolutividade dos serviços de APS e para a promoção da equidade em saúde, conforme preconizado pelas políticas nacionais e por organismos internacionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária, n. 29: Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 28, p. e230550, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/VKTJmjvH6nMtxx6KZHBkdRp/. Acesso em: 18 ago. 2025.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, esp. 1, p. 18–37, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 ago. 2025.

FITTIPALDI, A. L. de M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 25, e200806, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200806



INDICADOR:

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

(Questão E13.2)

Padrão adotado

Valoriza-se o desenvolvimento periódico de ações de Educação em Saúde junto à comunidade, priorizando aquelas que promovam uma maior interação com a população local e a parceria com outros setores que compõem a rede de cuidados. Diferentes estratégias podem ser realizadas, como no espaço das visitas domiciliares, pela articulação com grupos comunitários, rodas de conversa e palestras.

O trabalho na comunidade tem uma complexidade própria e pode ser potencializado com a integração da unidade básica com outros organismos da própria comunidade, como associações de bairro, ONG que atue na região, instituições religiosas, escolas e creches, equipes da vigilância epidemiológica e sanitária do município entre outros.

A inserção ativa das equipes de saúde nos espaços comunitários favorece a criação de novos modos de produzir saúde, amplia o alcance das ações da AB e fortalece os vínculos entre serviços e população. Essa aproximação resulta em maior acesso, participação social e efetividade no cuidado, consolidando a unidade de saúde como referência de promoção da vida e do bem-estar coletivo.

A efetividade desse trabalho depende da utilização de estratégias diversificadas de educação em saúde, entre as quais estão as visitas domiciliares, os grupos comunitários, as rodas de conversa, as palestras, entre outros.

As visitas domiciliares constituem um espaço de educação em saúde, pois possibilitam o cuidado integral no ambiente familiar, fortalecendo o vínculo entre profissionais e comunidade. Durante essas visitas, as ações educativas devem estar voltadas à promoção da saúde — com orientações sobre hábitos de vida, nutrição, higiene e desenvolvimento infantil — e à prevenção de doenças, reforçando a importância da vacinação e do controle de agravos crônicos e infecciosos. Essa prática se baseia no diálogo e na escuta ativa, permitindo compreender o contexto socioeconômico e ambiental das famílias, adaptar orientações à sua realidade e favorecer a corresponsabilização no cuidado. Por meio da intervenção no ambiente e da educação participativa, as visitas domiciliares fortalecem a autonomia das pessoas e promovem transformações sustentáveis na saúde individual e coletiva.

A organização de grupos comunitários e rodas de conversa como ação de educação em saúde requer planejamento, engajamento e uma abordagem participativa que valorize a troca de saberes. O processo começa com o diagnóstico das necessidades locais, definição de objetivos claros e escolha de um mediador preparado para conduzir o diálogo de forma

acolhedora e inclusiva. As rodas devem ter número adequado de participantes, ambiente confortável e roteiro flexível com momentos de abertura, desenvolvimento e encerramento. Durante a condução, é essencial criar um espaço seguro, estimular a participação ativa e usar recursos variados — como músicas, imagens e dinâmicas — adaptando a linguagem à realidade sociocultural do grupo. O foco está em construir coletivamente soluções para os problemas de saúde, reconhecendo os saberes da comunidade e fortalecendo o protagonismo social. O ACS tem papel estratégico nesse processo, atuando na mobilização, no vínculo e na continuidade das ações, o que contribui para o empoderamento e a autonomia da população no cuidado com a própria saúde.

Iniciativas pontuais como as campanhas e eventos em datas comemorativas, a exemplo do outubro rosa e do setembro amarelo, contribuem para a mobilização social e a ampliação da visibilidade de determinados temas, mas não substituem os processos educativos permanentes e enraizados na realidade local. Quando realizadas de forma isolada, sem planejamento participativo ou vínculo com o território, tais ações tendem a reproduzir modelos informativos pouco transformadores, com impacto restrito na construção da autonomia dos sujeitos.

Por sua vez, práticas educativas baseadas em metodologias participativas e sustentadas pela relação contínua entre profissionais e comunidade fortalecem o cuidado compartilhado, a autonomia dos usuários e a cidadania em saúde. Essas experiências ampliam a função social das unidades básicas, reforçam a corresponsabilidade sanitária e contribuem para a promoção da equidade e a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BUZIQUIA, S. P. et al. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 1, e220121pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220121pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DmJfByh5D7GXMpkd7cdfwph. Acesso em: 3 ago. 2025.

FERREIRA, C. L.; JORGE, T. M. Educação permanente em saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. Revista Médica de Ribeirão Preto, v. 56, n. 6, p. 762–769, 2023. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/196780. Acesso em: 3 ago. 2025.

FITTIPALDI, A. L. de M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 25, e200806. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/t5MyrjCKp93sxZhmKTKDsbd/. Acesso em: 08 ago. 2025.

1.11.4 Domínio: Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social

O enfrentamento de agravos de relevância epidemiológica e social é um dos pilares da atuação da Atenção Básica, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e vulnerabilidades. Boas práticas nesse campo contribuem para a redução de riscos, a proteção de grupos mais expostos e a mitigação de impactos sobre a saúde coletiva.

As equipes devem ser capazes de identificar precocemente casos suspeitos, desencadear ações de vigilância, promover prevenção e assegurar acompanhamento adequado. Isso inclui tuberculose, arboviroses, IST, HIV, sífilis, síndromes gripais, agravos relacionados ao trabalho e situações que envolvem pessoas com deficiência, incluindo violência.

Quadro 11 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social. QualiAB, 2025

Domínio: Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social	
Questão	Indicadores
E22	Ações realizadas em caso de síndromes gripais agudas
E23	Ações para diagnóstico da tuberculose pulmonar realizadas pela equipe
E24	Ações realizadas na atenção a pessoas com tuberculose pulmonar
E25	Ações de prevenção e assistência contra a dengue e outras arboviroses
E26	Ações realizadas em caso suspeito de Infecção Sexualmente Transmissível
E27	Ações de prevenção e aconselhamento sobre HIV
E28.1	Ações realizadas para pessoas que vivem com HIV
E29	Ações realizadas para pessoas com sífilis
E31	Ações realizadas na atenção a pessoas com deficiência
E32	Estratégias para identificação de situações de violência contra pessoas com deficiência
E33	Ações realizadas em casos de violência contra pessoas com deficiência
E34	Ações realizadas em saúde do trabalhador

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS EM CASO DE SÍNDROMES GRIPAIS AGUDAS
(Questão E22)

Padrão adotado

As ações para caso de síndromes gripais agudas devem incluir: fluxo separado de pessoas com sintomas respiratórios; orientações sobre medidas de precaução; investigação e orientações sobre os sinais e sintomas de alarmes; investigação de contato prévio com casos confirmados; realizar teste diagnóstico; monitorar pacientes com comorbidades e prescrição de medicação conforme sintomas, além da notificação de casos confirmados de covid-19 e síndrome gripal aguda grave.

A disseminação dos vírus respiratórios apresenta variações sazonais nas diferentes regiões do Brasil, com aumento da circulação em determinados períodos do ano. Esses agentes podem causar desde sintomas leves até quadros graves, com risco de complicações e óbito. No momento, destacam-se como principais causadores de infecções respiratórias o vírus Influenza e o Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

As infecções respiratórias podem ser classificadas em dois grupos: Síndrome Gripal (SG) — caracterizada por febre (mesmo que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, com início dos sintomas nos últimos sete dias — e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que corresponde à Síndrome Gripal associada a pelo menos um dos seguintes sinais de gravidade: dispneia ou desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de oxigênio (SpO_2) inferior a 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou do rosto. Nos casos mais críticos, a SRAG pode evoluir para síndrome do desconforto respiratório agudo, sepse, choque séptico, trombose aguda ou disfunção de múltiplos órgãos.

Para efeito de notificação no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), devem ser registrados apenas os casos de SRAG que resultem em hospitalização ou em óbito, independentemente de internação prévia. A maioria dos casos de Síndrome Gripal é acompanhada na APS, sem necessidade de hospitalização.

Nesse contexto, é fundamental que a unidade esteja organizada e capacitada para realizar o atendimento a pessoa com sintomas respiratórios em fluxo separado; oferecer orientações sobre a importância do uso de máscaras, da higienização das mãos e uso de álcool em gel. Tais ações contribuem para a redução da transmissão de doenças respiratórias, a proteção dos grupos mais vulneráveis e a manutenção da segurança de usuários e trabalhadores no ambiente de cuidado.

Também é essencial que os profissionais estejam capacitados para realizar a investigação e orientação sobre sinais e sintomas de alarme, sempre devendo ser avaliado se houve ou não contato prévio com casos confirmados de COVID-19. Devem ser realizados, quando indicados, o teste para COVID-19 e o teste para Influenza, com orientação sobre distanciamento social e isolamento domiciliar em casos confirmados.

Também é essencial o monitoramento dos pacientes com comorbidades, a prescrição adequada de medicamentos para alívio dos sintomas, e a notificação dos casos confirmados de COVID-19, Influenza ou SRAG conforme os protocolos vigentes. Essas medidas fortalecem a capacidade de resposta da APS e contribuem para o controle oportuno das síndromes gripais agudas no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 9/2024 — Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Brasília, DF: Anvisa, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/vigilancia-epidemiologica/alertas-epidemiologicos/notas-tecnicas-anteriores/nota-tecnica-9_2024/view. Acesso em: 20 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR REALIZADAS PELA EQUIPE (Questão E23)

Padrão adotado

Nos casos de suspeita de tuberculose, a unidade deve realizar o teste rápido para tuberculose (TRM-TB), a pesquisa de BAAR e solicitar o exame de raio-X de tórax como complemento para o diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa. Para a investigação da infecção latente por Mycobacterium tuberculosis (ILTB), devem ser utilizados a Prova Tuberculínica (PT)/Derivado Proteico Purificado (PPD) ou o teste de liberação de interferon-gama (IGRA). A identificação de grupos prioritários para rastreamento deve considerar os determinantes sociais de saúde.

A tuberculose (TB) constitui um problema de saúde pública, estando sua ocorrência associada a condições precárias de vida e a situações de vulnerabilidade e exclusão social. A UBS deve estar apta a realizar diagnóstico precoce, busca ativa, tratamento e acompanhamento dos casos, sendo necessário que a equipe esteja sensibilizada para a doença e capacitada para oferecer atenção qualificada.

A busca de casos deve abranger pessoas com sintomas respiratórios (tosse há três semanas ou mais), contatos de pessoas com TB e populações de maior risco, como residentes em comunidades fechadas (asilos, presídios), etilistas, usuários de drogas, pessoas em situação de rua, imunodeprimidos e trabalhadores que mantêm contato próximo com pacientes de TB pulmonar.

As estratégias de diagnóstico podem ser variadas, incluindo o teste rápido para tuberculose (TRM-TB), a pesquisa de BAAR no escarro, o Interferon Gamma Release Assay (IGRA), a Prova Tuberculínica (PT)/Derivado Proteico Purificado (PPD), além de exames complementares, como raio-X de tórax, para auxiliar na confirmação do diagnóstico.

A TB de localização pulmonar é a mais frequente e apresenta elevada capacidade de transmissão quando bacilífera. A unidade deve coletar material para pesquisa de BAAR no escarro das pessoas com sintomas respiratórios, em duas ou três amostras, sendo preferencial a coleta do escarro da manhã, devido ao maior acúmulo de secreção.

O teste rápido para tuberculose (TRM-TB) é indicado para o diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e extrapulmonar. No caso da TB pulmonar, podem ser utilizadas amostras como escarro, escarro induzido, lavado broncoalveolar e lavado gástrico. Para TB extrapulmonar, o teste pode ser realizado em amostras como líquido cefalorraquidiano, linfonodos (punção ou macerado), macerado de tecidos e urina, por exemplo.

O IGRA está disponível no SUS para o rastreio da Infecção Latente por Mycobacterium tuberculosis (ILTB) em três grupos específicos pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com contagem de linfócitos T-CD4+ acima de 350 células/mm³. Em crianças com idade entre 2 e 10 anos que tiveram contato com casos de TB ativa e pessoas candidatas a transplante de células-tronco. A amostra utilizada para o exame é o plasma, obtido a partir da coleta de sangue total.
A prova tuberculínica está indicada na investigação da ILTB no adulto e na investigação da infecção latente e de TB em crianças.

Os casos suspeitos de TB extrapulmonar ocorrem com maior frequência em pessoas imunodeprimidas ou em situações de reinfecção, podendo acometer pleura, gânglios, laringe, rins, cérebro, pericárdio, globo ocular e ossos. A investigação pode ser iniciada na unidade de saúde e complementada por exames especializados. Todo caso de TB extrapulmonar também deve ser investigado quanto à presença de TB pulmonar.

A investigação socioeconômica é um componente essencial no cuidado às pessoas com tuberculose, pois permite identificar fatores que influenciam diretamente a vulnerabilidade ao adoecimento, a adesão ao tratamento e o risco de transmissão, como condições precárias de moradia, insegurança alimentar, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e outras vulnerabilidades sociais. Além disso, possibilita reconhecer grupos com maior risco para infecções resistentes, como pessoas em situação de rua, privados de liberdade, usuários de álcool e outras drogas, indivíduos vivendo com HIV e aqueles que já tiveram abandono de tratamento.



Ao incorporar essas informações ao plano de cuidado, as equipes da APS podem planejar intervenções mais integrais e oportunas, incluindo suporte social, busca ativa e acompanhamento multiprofissional, contribuindo para a prevenção da resistência medicamentosa e para o controle efetivo da tuberculose no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Informativo sobre o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/teste-rapido-molecular-para-tuberculose-trm-tb/view. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública – estratégias para 2021–2025.Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculos. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-ttuberculose-no-brasil-2a-ed. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 02/2022: Recomendações para utilização do teste de liberação de interferon-gama (IGRA) para o diagnóstico laboratorial da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2022/ni_02-2022_recomendacoesigra_assistencia.pdf/view. Acesso em: 13 ago. 2025.



INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO A PESSOAS COM TUBERCULOSE PULMONAR (Questão E24)

Padrão adotado

Nos casos confirmados de tuberculose, a unidade de saúde deve priorizar o atendimento, reduzindo a exposição de outros usuários ao bacilo. Deve garantir o tratamento da ILTB e o TDO, seja ele na unidade, domicílio ou outro local pactuado com o paciente, além de dispensar medicamentos, ofertar testagem para HIV/aids e realizar busca ativa de faltosos e contatos. Também é responsável por notificar os casos, atualizar o SINAN e monitorar o tratamento, atuando em articulação com a vigilância e a assistência social para assegurar o cuidado integral e o acesso aos direitos sociais.

A tuberculose é uma doença curável na maioria dos casos, desde que os bacilos sejam sensíveis aos medicamentos e sejam respeitados os princípios básicos da terapêutica e sua adequada operacionalização. O sucesso do tratamento depende, essencialmente, de um acolhimento efetivo do usuário pelos profissionais de saúde, desde o diagnóstico até a alta.

A abordagem humanizada e o vínculo estabelecido entre equipe e paciente, com escuta atenta das dúvidas, saberes e angústias, bem como a identificação de vulnerabilidades, são fundamentais tanto para o diagnóstico quanto para a adesão ao tratamento. O paciente deve ser orientado de forma clara sobre as características clínicas da doença, o esquema terapêutico proposto, os medicamentos utilizados, as consequências do uso irregular, os possíveis efeitos adversos, o controle de contatos e a duração do tratamento.

O controle dos contatos é uma atribuição prioritária da APS, mesmo quando o caso índice estiver em acompanhamento em serviços de referência. Recomenda-se que a avaliação dos contatos seja feita nessas unidades, a fim de garantir que todos os contatos sejam devidamente avaliados.

Por estar inserida no território e manter vínculo direto com as famílias, a APS tem maior capacidade de conhecer o contexto social, identificar vulnerabilidades, facilitar o acesso ao serviço e promover ações como busca ativa e acompanhamento longitudinal. Dessa forma, os serviços devem se organizar para que essa prática — essencial ao controle da tuberculose e à interrupção da cadeia de transmissão — seja executada de maneira oportuna e efetiva no âmbito territorial.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia fundamental para garantir a adesão e o acompanhamento adequado das pessoas em tratamento da tuberculose. Sua realização pode ocorrer em diferentes cenários, como na própria unidade de saúde, em espaços comunitários ou em equipamentos sociais, sendo conduzida por profissionais da eSF/eAP ou mesmo do Consultório na Rua, o que é especialmente relevante para populações em maior vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua.

O TDO também pode ser realizado por pessoas com vínculo de confiança com o paciente e com os serviços de saúde, desde que supervisionado semanalmente pela equipe. Em situações específicas, profissionais da assistência social podem colaborar na realização do TDO, devido ao vínculo já existente com a população atendida.

É essencial que os profissionais envolvidos no cuidado desenvolvam ações de detecção e suporte em situações de estigma, discriminação ou violências enfrentadas por pessoas acometidas por tuberculose. O fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e usuário é um elemento central nesse processo, pois possibilita maior acolhimento, confiança e abertura para identificar barreiras que possam comprometer a adesão ao tratamento.

Uma estratégia importante para favorecer a adesão ao tratamento é a articulação intersetorial como a assistência social para identificar possíveis incentivos, como acesso a restaurantes comunitários, cestas básicas, benefícios sociais e transporte público gratuito, que possam contribuir para a adesão e prevenção do abandono do tratamento.

Devem ser estabelecidos fluxos integrados na rede para a busca de faltosos ou casos de abandono, envolvendo os diversos atores do território, como vigilância em saúde, Consultório na Rua, albergues e demais dispositivos sociais e de saúde. A unidade é responsável por realizar a notificação compulsória dos casos, atualizar mensalmente o módulo de acompanhamento do SINAN e manter o controle do tratamento, ações essenciais para monitorar a situação epidemiológica, identificar precocemente falhas na adesão e fortalecer o controle da tuberculose no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Informativo sobre o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/teste-rapido-molecular-para-tuberculose-trm-tb/view. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública – estratégias para 2021–2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculos. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-ttuberculose-no-brasil-2a-ed. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 02/2022: Recomendações para utilização do teste de liberação de interferon-gama (IGRA) para o diagnóstico laboratorial da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2022/ni_02-2022_recomendacoesigra_assistencia.pdf/view. Acesso em: 13 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA CONTRA A DENGUE E OUTRAS ARBOVIROSES (Questão E25)

Padrão adotado

Nas ações de prevenção e assistência à dengue e outras arboviroses, a unidade de saúde deve promover educação em saúde sobre o controle do Aedes aegypti e seguir protocolo de atendimento para classificação de risco. Deve ofertar prova do laço, teste rápido, hemograma e sorologias para diagnóstico diferencial (Chikungunya e Zika), além de garantir hidratação adequada, inclusive endovenosa quando indicada, com atenção especial a gestantes, crianças, idosos e pessoas com comorbidades. A busca ativa de casos suspeitos, a notificação imediata e a atuação integrada de ACS e agentes de endemias são fundamentais. A unidade deve ainda manter articulação com a vigilância epidemiológica para fortalecer o cuidado e as ações de prevenção.

A organização das ações de prevenção e assistência às arboviroses nas unidades de saúde requer uma estrutura de trabalho integrada, contínua e voltada para a resolutividade. Gestores e profissionais devem coordenar fluxos e processos que assegurem o acesso da população e a continuidade do cuidado, especialmente na APS.

A adoção do acolhimento com classificação de risco é uma medida importante para o manejo das arboviroses, permitindo identificar precocemente casos que exigem atenção imediata. Essa prática deve seguir os protocolos e fluxogramas orientados pelo Ministério da Saúde para dengue, Zika e Chikungunya, com as devidas adaptações conforme as realidades regionais. A padronização dos procedimentos contribui para o atendimento seguro, ágil e resolutivo, reduzindo complicações e fortalecendo a resposta da rede de atenção.

Os serviços devem estar capacitados para realizar a classificação de risco adequada (grupo A, B, C ou D) e garantir a oferta de exames essenciais — teste rápido, hemograma e sorologias para Dengue, Chikungunya e Zika — de modo a viabilizar o diagnóstico diferencial das arboviroses. Essa prática permite o manejo rápido e adequado dos casos, evitando complicações e facilitando intervenções específicas desde o início.

A orientação sobre hidratação adequada é fundamental para prevenir agravamentos e garantir a recuperação em casos de arboviroses. Para adultos, recomenda-se a ingestão de aproximadamente 60 ml/kg/dia de líquidos orais, sendo $_2$ dessa quantidade em solução de reidratação oral e os $_2$ restantes em líquidos como água, sucos, chás ou água de coco. A hidratação endovenosa deve ser considerada quando houver sinais de alarme ou impossibilidade de hidratação oral, garantindo suporte contínuo e adequado, especialmente para gestantes, crianças, idosos e pessoas com comorbidades.

O monitoramento contínuo dos casos de arboviroses requer um sistema de agendamentos de retorno estruturado, no qual os pacientes sejam convocados para reavaliação clínica e realização de hemograma conforme o protocolo. Isso permite acompanhar a evolução hematológica — por exemplo, queda de plaquetas, aumento do hematócrito ou outros marcadores de gravidade — e ajustar o tratamento ou encaminhamento conforme necessário. O trabalho em equipe é um dos pilares fundamentais para a efetividade das ações. Compreender o território de atuação é outro aspecto decisivo na organização do processo de trabalho. O território deve ser constantemente explorado e analisado, considerando aspectos geográficos, sociais e ambientais que influenciam a propagação das arboviroses.

A realização de processos de territorialização possibilita identificar áreas de maior risco, orientar a busca ativa de casos suspeitos e definir estratégias específicas de intervenção. Essa abordagem permite uma atuação mais efetiva. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) desempenham papel central nesse processo, sendo fundamentais na vigilância, identificação de focos e orientação à população. A integração entre essas equipes fortalece as ações de controle vetorial e o acompanhamento das pessoas com suspeita ou confirmação de arboviroses.

Além disso, a articulação com a vigilância epidemiológica é indispensável para garantir o monitoramento contínuo dos casos. Por fim, é essencial promover a participação ativa da comunidade nas ações de prevenção e combate às arboviroses.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de arboviroses urbanas: atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS EM CASO SUSPEITO DE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (Questão E26)

Padrão adotado

Em casos sugestivos de IST deve-se orientar sobre o uso correto de preservativos, verificar e atualizar vacinas (hepatite B e HPV) e realizar aconselhamento pré-teste. São indicados testes rápidos ou sorologias para hepatites virais e sífilis, além da pesquisa de clamídia e gonorreia quando disponível. Após os resultados, é importante realizar o aconselhamento pós-teste, abordando vulnerabilidades e janela imunológica. O tratamento deve ser iniciado prontamente, de forma sindrômica ou conforme o agente identificado, com testagem e tratamento das parcerias e notificação dos casos confirmados.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são frequentes e envolvem diferentes patógenos, com repercussões na qualidade de vida e saúde, tanto em termos físicos como psicossociais. Ao identificar um caso sugestivo de IST, a APS deve realizar um conjunto abrangente de ações integradas, conforme indicado pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Entre elas, destacam-se: orientação sobre o uso de preservativos interno e externo; verificação e atualização do calendário vacinal, especialmente para hepatite B e HPV; aconselhamento pré e pós-teste; realização de testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites virais; além da investigação etiológica de outras IST, como gonorreia e clamídia, quando disponível.

A oferta de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais é uma tecnologia essencial disponível na APS, permitindo diagnóstico precoce e decisões imediatas de manejo clínico. Esses testes devem ser sempre acompanhados de aconselhamento pré e pós-teste, assegurando que a pessoa compreenda o significado do resultado, as medidas de prevenção e, se necessário, o início oportuno do tratamento. O aconselhamento pós-teste negativo é igualmente importante para abordar situações de vulnerabilidade, orientar sobre período de janela imunológica e reforçar estratégias de redução de risco. Já nos casos positivos, cabe à equipe garantir escuta qualificada, manejo adequado e continuidade do cuidado.

A APS também deve ofertar tratamento sindrômico ou etiológico conforme a situação clínica e os recursos da unidade, assegurando manejo imediato dos sintomas e redução de complicações. A testagem e o tratamento da(s) parceria(s) sexual(is) são ações centrais para interromper a cadeia de transmissão, demandando sensibilização ativa da equipe para o engajamento desses indivíduos no cuidado.

No âmbito da vigilância em saúde, a identificação de casos suspeitos ou confirmados deve ser acompanhada da notificação compulsória das IST de notificação obrigatória, permitindo monitorar a situação epidemiológica e direcionar estratégias de prevenção no território. O vínculo estabelecido entre profissionais e usuários favorece o acolhimento livre de estigma, a escuta qualificada e a superação de barreiras relacionadas ao medo, discriminação e desigualdades de acesso — fatores que impactam diretamente a adesão ao tratamento e o retorno para acompanhamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/atencao-basica/cadernos-de-atencao-basica-18.pdf/view. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: MS, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde. Brasília: MS; 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-para-organizacao-e-funcionamento-dos-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada. Acesso em: 29 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES DE PREVENÇÃO E ACONSELHAMENTO SOBRE HIV
(Questão E27)

Padrão adotado

A equipe deve orientar sobre o uso correto e consistente de preservativos, realizar aconselhamento pré e pós-teste. Além disso, deve disponibilizar testagem rápida ou sorologia para HIV e assegurar o acesso à profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP), sendo preferencialmente realizado diretamente na unidade garantindo uma atenção contínua e centrada na prevenção combinada do HIV.

A sexualidade constitui um aspecto fundamental da experiência humana, englobando o sexo, as identidades e os papéis de gênero, a orientação sexual, o prazer, a intimidade e a reprodução, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos, culturais, sociais e espirituais. No contexto da APS, o cuidado deve levar em conta essas dimensões, assegurando uma abordagem centrada na pessoa, que valorize sua diversidade e respeite seu contexto de vida.

A prevenção combinada deve estar orientada pela análise individual dos riscos e vulnerabilidades relacionados ao HIV, apoiando-se em evidências e promovendo o autocuidado. As ações previstas — como o aconselhamento pré e pós-teste, a oferta de testagem rápida ou sorologia, a orientação sobre o uso de preservativos e o acesso à PrEP e à PEP — são essenciais para uma resposta efetiva à prevenção do HIV. Essas medidas favorecem a detecção precoce, o vínculo com o usuário e a autonomia sobre a saúde sexual.

No âmbito da APS, o profissional de saúde desempenha papel essencial na condução de ações educativas e preventivas voltadas às IST. Isso envolve o aconselhamento baseado nas práticas sexuais e nos riscos associados, com ênfase na promoção do autocuidado. A constante orientação sobre o uso correto e consistente do preservativo são fundamentais, pois além de prevenir o HIV, também protegem contra outras IST e contribuem para o fortalecimento da responsabilidade compartilhada no cuidado sexual.

A implementação da prevenção combinada deve incluir diferentes métodos e abordagens, ajustados às particularidades individuais. Compete à APS garantir acesso equitativo e qualificado a essas estratégias, fortalecendo o cuidado tanto das pessoas que já utilizam os serviços quanto das populações prioritárias, como jovens, pessoas negras, indígenas e em situação de rua.

A descentralização da oferta de PrEP e PEP para a APS é um avanço estratégico para ampliar o acesso e reduzir desigualdades. Quando essas profilaxias são disponibilizadas diretamente nas unidades básicas, torna-se possível alcançar populações mais vulneráveis e facilitar o início oportuno da profilaxia, fortalecendo a continuidade do cuidado e a integração com outras ações de prevenção combinada. Essa descentralização também contribui para a desestigmatização do HIV, ao inserir a prevenção como parte natural do cuidado cotidiano em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília, Ministério da Saúde: 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_infeccao_HIV_IST_hepatites_relatorio.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O manejo da infecção pelo HIV na atenção básica: manual para profissionais médicos. Brasília, 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/manejo_da_infeccao_manual_para_medicos_pdf_17112.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/atencao-basica/cadernos-de-atencao-basica-18.pdf/view. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: MS, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 29 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV (Questão E28.1)

Padrão adotado

Deve englobar a estratificação de risco para encaminhamento ao serviço de referência e a manutenção do seguimento na unidade e/ou a realização do tratamento na própria APS. Os profissionais de saúde devem orientar sobre diagnóstico, tratamento, transmissão, reinfecção e coinfecção, realizar testes diagnósticos para tuberculose e ILTB, além de promover o aconselhamento e o rastreamento das parcerias sexuais. Também é necessária a realização de busca ativa em casos de pacientes não aderentes ao tratamento.

A APS em seu papel estratégico, pela capilaridade pelos territórios possui a capacidade de ampliar o acesso, favorecer a adesão ao tratamento e reduzir as barreiras na oferta das ações voltadas para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Desde 2013, o Ministério da Saúde recomenda o início imediato da terapia antirretroviral (TARV) para todas PVHIV, independentemente do estágio clínico, com base em evidências que demonstram redução da morbimortalidade e da transmissibilidade. Cabe à APS garantir que esse início ocorra de forma informada e acompanhada, respeitando a autonomia da pessoa e promovendo o preparo adequado para o tratamento.

O acompanhamento inicial deve ocorrer entre duas e quatro semanas após o início da terapia, com avaliação de efeitos adversos, adesão e fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde. A principal causa de insucesso, contudo, é o uso irregular dos antirretrovirais, associado a condições psicossociais, efeitos adversos ou dificuldades de acesso. A equipe da APS, ao reconhecer precocemente dificuldades de adesão, pode intervir de forma oportuna e humanizada, articulando busca ativa e suporte psicossocial para evitar falhas terapêuticas. Além do manejo clínico e do acompanhamento da TARV, a APS tem papel essencial na estratificação de risco, na realização de testes diagnósticos para tuberculose e infecção latente (ILTB), e no aconselhamento sobre coinfecções, transmissão e reinfecção. O rastreamento de parcerias sexuais e a abordagem educativa contínua são fundamentais para a prevenção e o controle das IST e da coinfecção TB/HIV.

Por fim, o cuidado compartilhado entre a APS e os serviços especializados é uma estratégia prioritária para ampliar o acesso e a resolutividade do tratamento. Essa integração exige qualificação das equipes multiprofissionais, fortalecimento da comunicação entre os níveis de atenção e garantia de acolhimento ético e sigiloso. O modelo compartilhado favorece o início oportuno da TARV, a adesão sustentada e o cuidado integral às demais necessidades de saúde das pessoas vivendo com HIV/aids.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O manejo da infecção pelo HIV na atenção básica: manual para profissionais médicos. Brasília, 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/manejo_da_infeccao_manual_para_medicos_pdf_17112.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: MS, 2006. Disponível em < https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/atencao-basica/cadernos-de-atencao-basica-18.pdf/view >. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: MS, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 29 out 2025.

INDICADOR:

AÇÕES EM CASOS POSITIVOS PARA SÍFILIS
(Questão E29)

Padrão adotado

Os casos com sorologia positiva para sífilis devem receber tratamento e seguimento na própria unidade, com orientações sobre o diagnóstico e tratamento, e sobre os cuidados de prevenção, diagnóstico e tratamento das parcerias, realização da notificação compulsória e controle de cura com coleta trimestral de VDRL.

Os casos com sorologia positiva para sífilis devem ser tratados e acompanhados integralmente na própria unidade de APS, com orientações sobre o diagnóstico, tratamento, prevenção de reinfecções e testagem e tratamento das parcerias sexuais. Devem ser asseguradas a notificação compulsória no SINAN e o controle de cura com coleta trimestral do VDRL, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O acolhimento e o aconselhamento pré e pós teste são etapas fundamentais no enfrentamento da sífilis na APS. Esses momentos oportunizam o esclarecimento sobre o significado dos testes treponêmicos e não treponêmicos[1], a janela imunológica e as implicações clínicas e socos autoresiais do diagnóstico, além de permitirem a identificação de condições de vulnerabilidade exposição a fatores de risco e barreiras de acesso ao cuidado.

Durante o aconselhamento, é essencial adequar a comunicação ao contexto de vida da pessoa usuária considerando suas vivências, valores, rede de apoio e percepção de risco. As orientações devem abordar a importância do uso correto e consistente do preservativo; a prática de sexo mais seguro, a prevenção de reinfecções, e a necessidade de testagem e tratamento das parcerias sexuais.

[1] Em termos de testes para sífilis, existem dois tipos principais: testes treponêmicos e não treponêmicos. Os testes não treponêmicos, como o VDRL e o RPR, detectam anticorpos não específicos produzidos pelo corpo em resposta à infecção por Treponema pallidum, mas também podem reagir a outras condições. Já os testes treponêmicos, como o FTA-ABS, TPHA e TP-PA, detectam anticorpos específicos para a bactéria *Treponema pallidum.*



Fonte: Elaboração própria.

A continuidade do cuidado na APS é fundamental, considerando que a doença pode permanecer assintomática por longos períodos. É essencial que as equipes estejam capacitadas para realizar a aplicação da penicilina benzatina na própria unidade, evitando encaminhamentos desnecessários que dificultem o acesso e aumentem o risco de abandono ao tratamento. Além disso, devem ser garantidos o registro adequado, o seguimento sorológico até o controle de cura e a abordagem integral da saúde sexual e reprodutiva da pessoa usuária.

Além disso, o vínculo longitudinal, o sigilo e o acolhimento livre de estigmas são princípios éticos e estratégicos para adesão ao cuidado, mesmo quando houver necessidade de encaminhamento para serviços especializados, em situações específicas, como casos de neurossífilis ou com complicações clínicas. Contudo, o segmento na unidade da básica de saúde deve ser mantido.

Estudos recentes apontam que falhas no acolhimento e indisponibilidade de testes rápidos ou da penicilina benzatina e a fragmentação do cuidado estão entre os principais fatores associados à perda de oportunidade de diagnóstico e não interrupção da cadeia de transmissão, especialmente entre gestantes. A importância do diagnóstico e tratamento precoces é reforçada diante das possíveis complicações tardias da sífilis, da possibilidade de reinfecção e, sobretudo, dos riscos de transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 2 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2024.pdf. Acesso em: 2 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao_eliminacao_transmissao_hiv_atual.pdf. Acesso em: 2 ago. 2025.

COUTO, C. E. et al. Sífilis congênita: desempenho de serviços da atenção primária paulista, 2017. Rev. Saúde Pública, 57 • 2023 •DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004965 Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/W6DzhNMG98s7cswHb7HHgBB/?lang=pt#top. Acesso em: 29 out. 2025.

SIMIOLI, C. D.; FRIAS, P. G. de; ABREU, M. A. de. Avaliação da prevenção da sífilis congênita na Atenção Primária à Saúde. Comunicação em Ciências da Saúde, [S. l.], v. 34, n. 04, 2024. DOI: 10.51723/ccs.v34i04.1387. Acesso em: 2 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
(Questão E31)

Padrão adotado

No cuidado à Pessoa com Deficiência, destacam-se a identificação precoce das necessidades específicas e o atendimento humanizado e preferencial. São fundamentais a comunicação acessível (como LIBRAS), a atenção à saúde bucal e sexual/reprodutiva e a vigilância ativa contra o capacitismo, a violência e o uso de substâncias. A articulação intersetorial, as visitas domiciliares e o encaminhamento oportuno para reabilitação e outros pontos da rede de cuidados garantem o cuidado integral, com foco na autonomia e inclusão e proteção de direitos.

As unidades básicas de saúde compõem a porta de entrada preferencial do SUS e integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Conforme previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, cabe às equipes de APS promover a inclusão, o cuidado longitudinal e a coordenação do cuidado em articulação com centros especializados em reabilitação, serviços de saúde bucal, mental, entre outros pontos de atenção.

A unidade deve conhecer as necessidades específicas das Pessoas com Deficiência, integrando-as nas ações de prevenção, promoção da saúde e reabilitação. Isso inclui a identificação de condições de risco e vulnerabilidade acentuadas pela deficiência, como barreiras de acesso aos serviços, estigmatização e exclusão social. A abordagem deve ser centrada na pessoa, considerando o seu contexto familiar, social e comunitário.

Destaca-se a importância da realização de visitas domiciliares pela equipe multiprofissional para avaliar condições de vida, acessibilidade do domicílio, grau de dependência e orientar quanto a dispositivos de mobilidade, prevenção de complicações, autocuidado e estimulação funcional. O cuidado deve ser ampliado para o reconhecimento de situações de violência, negligência, uso de substâncias psicoativas e violações de direitos humanos, com o devido acolhimento e encaminhamento intersetorial. As ações das unidades básicas de saúde devem também contemplar o acesso das Pessoas com Deficiência às consultas odontológicas, ao planejamento reprodutivo, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, quando for o caso, a estimulação precoce e ao acesso a exames de triagem e diagnóstico.

As estratégias de cuidado devem respeitar os princípios da equidade, acessibilidade e integralidade. Os cuidadores formais ou informais devem ser incluídos como parte essencial do cuidado, recebendo orientação quanto a mobilização segura, prevenção de deformidades, técnicas de estimulação funcional e direitos sociais. A oferta de espaços de escuta e suporte aos cuidadores também deve ser estimulada.

As equipes eMulti têm papel essencial na complementação das ações das equipes da UBS, oferecendo suporte matricial, apoio especializado para a construção de projetos terapêuticos singulares e participação na formação permanente. Finalmente, as unidades básicas de saúde devem contribuir para o rompimento de estigmas e barreiras atitudinais por meio de ações educativas inclusivas e voltadas à defesa dos direitos das pessoas com deficiência, promovendo sua autonomia, participação comunitária e inclusão social efetiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Estatuto da Pessoa com Deficiência: Lei no 13.146/2015. 6. ed. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2023. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/640295/Estatuto_pessoa_deficiencia_6ed.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 127, p. 2-11, 7 jul. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para organização da atenção integral à saúde das pessoas com mobilidade reduzida no âmbito da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_mobilidade_reduzida.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf. Acesso em: 27 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde da pessoa com deficiência. Brasília, 2010. 24 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 27 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretrizes de atenção à estimulação precoce de crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_criancas_0a3anos_neuropsicomotor.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366?fbclid=IwAR18VZQX8D5AzQolomw19Sijjd932j-d3jNnbX3PgntL4kUe7JQuuGqGy-I. Acesso: 8 ago. 2025.

ZARILI, T. F. T. et al. Prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, e00732023, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.00732023. Acesso em: 8 ago. 2025.

ZARILI, T. F. T.; CASTANHEIRA, E. R. L. Construção de modelo teórico-lógico para avaliação da atenção à deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, p. e11562023, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.11562023. Acesso em: 8 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

(Questão E32)

Padrão adotado

A identificação de situações de violência contra pessoas com deficiência exige protocolo de atendimento padronizado, capaz de orientar a equipe na detecção precoce de sinais físicos e psicológicos. É fundamental valorizar o relato espontâneo do usuário, garantir escuta qualificada individual e sigilosa e considerar informações de terceiros, como cuidadores e familiares, as visitas domiciliares permitem observar o contexto social, identificar indícios de negligência ou abuso. A discussão de casos em equipe com a eMulti amplia a análise e a tomada de decisão. A educação permanente da equipe assegura atualização contínua e melhora da capacidade de detecção e intervenção.

A identificação de situações de violência contra pessoas com deficiência na APS requer abordagem sistemática sensível e baseada em direitos humanos. As equipes devem atuar com protocolos claros que orientem a identificação de sinais e sintomas físicos, psicológicos e comportamentais, considerando as múltiplas vulnerabilidades que atravessam este grupo. A valorização do relato espontâneo e a escuta qualificada individual e sigilosa são essenciais para garantir a confiança e o acolhimento. Assim como a atenção aos relatos de terceiros como familiares, cuidadores ou vizinhos.

A visita domiciliar é uma estratégia indispensável, permitindo a equipe observar o contexto de vida, identificar barreiras físicas e atitudinais e reconhecer indícios de negligência ou abuso que podem não ser evidentes no ambiente da unidade de saúde. Essas visitas devem ser planejadas, e quando necessário, articuladas com outros setores, como assistência social e educação, garantindo proteção integral e evitando a revitimização.

A discussão de casos com a equipe multiprofissional amplia a capacidade de análise e decisão, favorecendo condutas interdisciplinares e intersetoriais. Essa integração é fundamental para elaborar planos de cuidado que contemplem a proteção da vítima, a responsabilização do agressor e a superação das barreiras que perpetuam o ciclo da violência.

A notificação compulsória, prevista em lei, é uma ação obrigatória que dá visibilidade ao problema e pode subsidiar políticas públicas. Deve ser acompanhada de encaminhamentos adequados para a rede de proteção, considerando a gravidade e a recorrência do caso. O preenchimento correto da ficha de notificação no sistema de informação de agravos de notificação é fundamental para o monitoramento epidemiológico e o planejamento de ações.



Por fim, a educação permanente da equipe de saúde é um eixo estruturante dessas estratégias, garantindo a atualização sobre marcos legais, formas de violência e recursos disponíveis no território. A formação continuada também deve abordar o enfrentamento ao capacitismo, a promoção da autonomia e o fortalecimento da rede de apoio, visando não apenas a identificação e interrupção da violência, mas também a promoção de uma cultura de paz, equidade e inclusão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 241, p. 1, 20 dez. 2023. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=20/12/2023&totalArquivos=212. Acesso em: 9 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado integral da pessoa com câncer de mama: orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2024/2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_profissionais_aps_cancer_mama.pdf. Acesso em: 9 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1ª Edição. Brasília: MS, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (Questão E33)

Padrão adotado

O atendimento a pessoas com deficiência em situação de violência na APS envolve acolhimento qualificado, notificação compulsória, acionamento dos órgãos competentes (DISQUE 100, autoridade policial e Conselho Tutelar quando necessário) e articulação com a rede intersetorial, especialmente CRAS e CREAS, para proteção e acompanhamento da vítima. Deve-se seguir protocolo de atendimento, discutir o caso com a equipe multiprofissional e oferecer suporte aos cuidadores, garantindo sigilo, segurança e cuidado integral.

A atenção à saúde das pessoas com deficiência na APS deve ser orientada por princípios de integralidade, equidade e respeito aos direitos humanos. A identificação de situações de violência seja física, psicológica, sexual, patrimonial ou negligência, é uma atribuição essencial das equipes de saúde, considerando a maior vulnerabilidade desse grupo frente a diversas formas de violação de direitos, conforme indicado na linha de cuidado para a atenção integral à saúde das crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência.

O SUS tem responsabilidade legal e ética na detecção precoce de sinais de violência, devendo qualificar seus profissionais para tal. As ações devem iniciar pelo acolhimento sensível, escuta ativa durante o atendimento de rotina, construção de vínculo entre equipes de saúde e a pessoa com deficiência e sua família ou cuidador. É essencial que situações de violência possam emergir no diálogo clínico.

Apesar de práticas como educação em saúde e visitas domiciliares serem mais frequentes na APS, ainda existem fragilidades na criação de linhas de cuidado e protocolos específicos para pessoas com deficiência em situação de violência, evidenciando a necessidade de investimento em qualificação profissional e organização do cuidado.

O reconhecimento de sinais clínicos e comportamentais sugestivos de violência requer capacitação contínua da equipe da APS. Para a realização de vigilância de violências e acidentes, é fundamental que os profissionais saibam identificar mudanças súbitas no comportamento das pessoas com deficiência, lesões recorrentes, sinais de negligência ou sobrecarga de cuidadores, entre outros indicadores. Essas informações devem ser sistematicamente registradas, e quando pertinente, encaminhadas para investigação e proteção social.

A articulação intersetorial é uma diretriz estratégica na abordagem das situações de violência, exigindo que os serviços de APS dialoguem com os órgãos do sistema de garantias e direitos, como conselhos tutelares, Ministério público, Defensoria pública, CRAS/CREAS. A notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados é obrigatória.

Cabe à equipe de saúde garantir a segurança do usuário e promover o cuidado em rede respeitando o sigilo e os aspectos éticos. A atuação preventiva também deve ser fortalecida com ações de promoção da cultura de paz e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É na APS que se concentram as maiores oportunidades de intervenção precoce, sendo a porta de entrada para a detecção e enfrentamento das vulnerabilidades sociais e sanitárias. Estratégias como grupos educativos, rodas de conversa, visitas domiciliares e escuta qualificada devem ser incorporadas às rotinas das equipes como ferramentas para prevenção de violências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violências interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 32, p. 24, 18 fev. 2016. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2016/U_PT-MS-GM-205_170216.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

MACEDO, M. S.; et al. Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, n. 2, e16312023, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/SzfF7PnvcsJWrqrRWVCXQbD/. Acesso em: 08 ago. 2025.

MASCARENHAS, M. D. M.; et al. Prevalência de exposição à violência entre adultos – Brasil, 2019. Rev. bras. epidemiol., 24 (suppl 2), 2021. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2935. Acesso em: 8 ago. 2025.

SOUZA, B. O. de; VIEIRA, F. de S. A violência contra a mulher com deficiência e sua invisibilidade no âmbito do sistema único de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 45, n. 4, p. 189-205. out./dez. 2021. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3331. Acesso em: 08 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

(Questão E34)

Padrão adotado

As ações de atenção à saúde do trabalhador incluem investigar em todos os atendimentos a ocupação, jornada e condições de trabalho, valorizando a percepção dos usuários sobre riscos à saúde. Envolve orientações sobre direitos sociais e trabalhistas, notificação de acidentes ou doenças ocupacionais e articulação com empresas para emissão da CAT. Também abrange a identificação dos tipos de trabalho no território, a vigilância de situações de trabalho infantil e análogo à escravidão, a prevenção de agravos relacionados às atividades mais comuns e o encaminhamento para serviços de referência, fortalecendo a rede de proteção ao trabalhador.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora orienta a atuação do SUS na atenção integral à saúde da população trabalhadora, reconhecendo o trabalho como determinante social da saúde e abrangendo todas as pessoas em atividade laboral, independentemente de local, idade, sexo ou vínculo empregatício.

Na APS, a responsabilidade da equipe inclui identificar o perfil produtivo do território e os principais riscos e agravos relacionados ao trabalho, inclusive aqueles vinculados à informalidade, ao trabalho precário, domiciliar, frequentemente invisibilizados nos sistemas de informação. Tal caracterização deve orientar o planejamento de ações de promoção, prevenção e vigilância, considerando as especificidades dos diferentes grupos populacionais, a inserção da temática do trabalho.

No processo de cuidado, exige-se que os profissionais caracterizem a atividade laboral dos usuários durante o acolhimento e nas consultas clínicas, identificando situações de sofrimento físico e psíquico relacionados ao trabalho, além de agravos que justificam o afastamento laboral. Deve-se evitar julgamentos morais sobre a legitimidade da queixa e, ao contrário, valorizar o vínculo e a escuta qualificada, reconhecendo a complexidade das relações saúde-trabalho.

Cabe às unidades básicas de saúde realizarem a notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho nos sistemas oficiais, além de emitir relatórios, atestados e laudos médicos de comunicação de acidente de trabalho (CAT) sempre que necessário.

A condução clínica dos casos deve ocorrer prioritariamente na APS, com resolutividade nos agravos leves e articulação com a rede de atenção especializada ou os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para casos mais complexos ou para investigação do nexo causal. A articulação com a vigilância em saúde do trabalhador também é estratégica na construção de linhas de cuidado e na retroalimentação das informações territoriais.

É fundamental promover ações de educação em saúde e vigilância intersetorial, especialmente no combate ao trabalho infantil, as formas contemporâneas de escravidão e as violências institucionais no ambiente de trabalho. Essas ações devem envolver escolas, conselhos tutelares, Ministério Público do Trabalho e demais redes de proteção.

Para garantir a efetividade das ações, é imprescindível o apoio matricial do CEREST e das equipes eMulti, bem como a formação permanente das equipes da APS, incluindo conteúdos específicos sobre saúde do trabalhador nas práticas de educação permanente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 165, p. 46, 24 ago. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atecao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 63 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

MARINHO, M. R. et al. Perfil dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e proteção de riscos ocupacionais na pandemia da Covid-19 no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, e00375195, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs375. Acesso em: 3 ago. 2025.

MENEZES, E. L. C. et al. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 5, p. 1751–1764, maio 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019. Acesso em: 3 ago. 2025.

SILVA, T. L. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273–285, abr. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0227. Acesso em: 3 ago. 2025.

1.11.5 Domínio: Saúde da Criança

A atenção à saúde da criança é fundamental para a promoção do desenvolvimento saudável e para a prevenção de agravos ao longo do curso da vida. As boas práticas na AB contribuem para a redução da morbimortalidade infantil e para a proteção integral das crianças no território.

A estruturação do cuidado à criança exige organização da agenda, acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, vigilância de situações de vulnerabilidade e articulação com equipamentos do território. É essencial que as equipes garantam o primeiro atendimento ao recém-nascido, identifiquem precocemente sinais de risco, monitorem condições de violência, ofereçam ações de promoção da saúde e mantenham um calendário de consultas adequado. A atenção à infância deve ser contínua, proativa e territorializada.

Quadro 12 – Indicadores e questões correspondentes pertencentes ao domínio Saúde da Criança. QualiAB, 2025

Domínio: Saúde da Criança	
Questão	Indicadores
E35	Ações realizadas na atenção à criança
E36	Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido
E37	Organização do calendário de consultas na atenção à criança
E38	Identificação de condições de risco e vulnerabilidade em crianças
E39	Estratégias utilizadas para identificação de violência contra crianças
E40	Ações em casos de crianças em situação de violência
E41	Locais e equipamentos no território onde são ofertadas ações de atenção à criança
E42	Ações de promoção e prevenção para crianças desenvolvidas no território pela equipe



INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO À CRIANÇA

(Questão E35)

Padrão adotado

Valoriza-se a diversidade de ações desenvolvidas na atenção à saúde da criança, de modo a atender ao conjunto de necessidades dessa fase da vida. Além das ações de rotina, como o acompanhamento dos exames do recém-nascido; incentivo ao aleitamento e encaminhamento a banco de leite humano ou fórmulas infantis, quando necessário; a avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor; vacinação e alimentação, é necessário incorporar a orientação e encaminhamento para atendimento na saúde bucal e orientações sobre sexualidade e educação em saúde, entre outras práticas que asseguram o cuidado integral. Destaca-se a atenção oportuna a agravos agudos mais frequentes e orientações realizadas com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Todas as informações devem estar registradas na Caderneta da Criança de modo a permitir o acompanhamento pela família e a utilização das informações por outros serviços de saúde.

As ações desenvolvidas pelos serviços de APS voltadas ao cuidado das crianças são essenciais para garantir um início de vida saudável. Essas ações devem ser planejadas de forma a oferecerem diversidade de ações, ou seja, realizarem um conjunto de abordagens que procurem cobrir diferentes necessidades, buscando garantir uma maior integralidade do cuidado, especialmente nas fases mais vulneráveis da infância.

Entre essas ações, o acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor é fundamental para detectar precocemente possíveis atrasos e garantir intervenções que favoreçam uma trajetória saudável dessas crianças. Da mesma forma, o rastreamento neonatal, realizado por meio dos testes do pezinho, orelhinha, olhinho, coraçãozinho e linguinha, permite a identificação precoce de condições que, se não tratadas oportunamente, podem comprometer o desenvolvimento infantil.

Dentro da rotina de acompanhamento infantil, a atenção dada à alimentação infantil — desde o incentivo ao aleitamento materno até a introdução adequada de novos alimentos — reforça e orienta práticas fundamentais para a saúde física e emocional da criança, com impactos diretos na prevenção da desnutrição e da obesidade infantil, além de permitir o rastreamento de casos de insegurança alimentar.

Frente aos agravos agudos mais frequentes, como infecções respiratórias e gastrointestinais, a escuta qualificada pelas equipes de saúde, aliada ao acompanhamento de doenças crônicas prevalentes na infância, como asma e hipotireoidismo, revela a capacidade clínica e a prontidão das equipes para responder às necessidades do território.

Além de manter a qualidade das ações mais tradicionais – como vacinação, promoção do aleitamento e da alimentação saudável, e assistência aos agravos de maior prevalência – recomenda-se a inclusão de ações pouco exploradas pelos serviços, mas que desempenham papéis essenciais no crescimento saudável das crianças. A atenção à saúde bucal, por exemplo, ainda pouco valorizada nos primeiros anos de vida, cumpre um papel estratégico na construção de hábitos saudáveis e na prevenção de agravos futuros.

Além disso, orientações sobre sexualidade e educação em saúde, adaptadas à faixa etária, assim como atividades educativas com crianças e suas famílias, fortalecem o cuidado ampliado e estimulam a corresponsabilidade pela saúde infantil. Por fim, ações voltadas à garantia de direitos — como a articulação com programas sociais e a disseminação de informações com base no Estatuto da Criança e do Adolescente — posicionam a APS como um espaço privilegiado de proteção social, cuidado ampliado e promoção da cidadania desde os primeiros anos de vida.

Todas as ações devem ser registradas tanto no prontuário como na Caderneta da Criança, de modo que tanto profissionais de saúde como a família e responsáveis tenham acesso aos dados de acompanhamento da saúde da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 2010. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança. Passaporte da cidadania. Brasília, DF, 2024 7ª edição. Disponíveis em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf e https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_passaporte_cidadania_7ed.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS DE AGENDAMENTO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO (Questão E36)

Padrão adotado

Espera-se que o agendamento do primeiro atendimento do recém-nascido ocorra de forma planejada, proativa e articulada entre os pontos de atenção, especialmente entre a maternidade e a UBS.

A forma como o primeiro atendimento ao recém-nascido após a alta da maternidade é organizada reflete o grau de integração entre os pontos da rede de atenção, a capacidade de coordenação do cuidado e o compromisso com o acompanhamento precoce e longitudinal da criança.

São consideradas estratégias que envolvem articulação dos pontos da rede, como o agendamento realizado pela maternidade — especialmente em casos de recém-nascidos de risco —, e ações de responsabilidade direta da UBS, como visitas domiciliares feitas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros ou médicos. Ganha destaque a organização da equipe que antecipa esse contato ainda durante o pré-natal ou a partir da notificação do nascimento, demonstrando vínculo com a gestante e planejamento para a continuidade do cuidado após o parto.

Essas estratégias contribuem para reduzir o risco de descontinuidade na atenção neonatal, promovem a identificação precoce de agravos e reforçam a construção de uma linha de cuidado perinatal centrada no cuidado familiar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf Acesso em: 5 ago. 2025.

INDICADOR:

ORGANIZAÇÃO DO CALENDÁRIO DE CONSULTAS NA ATENÇÃO À CRIANÇA
(Questão E37)

Padrão adotado

Espera-se que as equipes organizem a rotina de atendimentos infantis com base em um calendário programado de consultas periódicas, especialmente nos dois primeiros anos de vida.

O seguimento programado é essencial para garantir a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, promoção à saúde e prevenção de agravos, além do fortalecimento do vínculo entre família e equipe.

A programação de consultas até os dois anos é especialmente valorizada, por ser esse um período crítico para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança. Consultas regulares nessa fase permitem o monitoramento mais estreito e a adoção de intervenções precoces em casos de desvios ou riscos.

A extensão do calendário para além dos dois primeiros anos também é importante, sobretudo para acompanhar a saúde escolar, condições crônicas e situações de vulnerabilidade.

A ausência de um calendário programado indica fragilidade na organização do processo de trabalho da equipe e pode comprometer a integralidade e a continuidade do cuidado, deixando a atenção à saúde da criança dependente exclusivamente da busca espontânea da família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 5 ago 2025.

INDICADOR:

IDENTIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES DE RISCO E VULNERABILIDADE EM CRIANÇAS (Questão E38)

Padrão adotado

Espera-se que as equipes estejam atentas e capacitadas para identificar, de forma sistemática e sensível, situações de risco e vulnerabilidade que possam impactar o desenvolvimento integral da criança, devendo contemplar múltiplas dimensões psicossociais e comportamentais. Ganha destaque a identificação de condições de insegurança alimentar, dificuldades escolares, exposição à violência e ao trabalho infantil.

Este indicador avalia a capacidade das equipes para identificar situações que colocam em risco a saúde, o desenvolvimento e os direitos das crianças. A identificação precoce dessas condições é essencial para a construção de intervenções oportunas, articuladas e eficazes no enfrentamento das desigualdades sociais, na promoção de hábitos saudáveis e na proteção contra violações de direitos.

As condições avaliadas abrangem desde aspectos nutricionais e comportamentais — como insegurança alimentar, transtornos alimentares, sedentarismo e uso excessivo de telas — até questões mais complexas, como problemas no ambiente escolar, discriminação, violência doméstica e sexual, trabalho infantil e uso de substâncias psicoativas. A detecção desses fatores demanda sensibilidade clínica, escuta qualificada, vínculo com a família e capacidade da equipe para atuar em rede com outros serviços.

Dentre as situações listadas, aquelas relacionadas à insegurança alimentar, à violência, ao trabalho infantil e aos prejuízos escolares têm impacto direto e duradouro no desenvolvimento infantil, exigindo respostas urgentes e articuladas.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf . Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 2010. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS (Questão E39)

Padrão adotado

Espera-se que as equipes adotem estratégias sistemáticas, sensíveis e qualificadas para a identificação de situações de violência contra crianças. São valorizadas as práticas que envolvem protocolos institucionais, escuta protegida e atenta ao relato espontâneo da criança.

A violência na infância, muitas vezes silenciosa ou disfarçada em queixas inespecíficas, exige dos profissionais uma postura atenta, ética e proativa, baseada em escuta qualificada, vínculo e atuação interdisciplinar.

São consideradas estratégias que incluem a utilização de protocolos formais de atendimento, escutas individuais sigilosas, valorização de relatos espontâneos da criança, bem como a observação clínica de sinais e sintomas. A escuta dos responsáveis e de outros usuários, a realização de visitas domiciliares e a discussão de casos em equipe também são componentes relevantes da detecção ativa e do acompanhamento qualificado dessas situações.

A presença de protocolos padronizados, somada a espaços protegidos de escuta, demonstra que a equipe dispõe de sensibilidade para reconhecer e acolher situações de violência de maneira ética e segura, reduzindo o risco de revitimização. Ao mesmo tempo, a escuta atenta de relatos indiretos ou observações no domicílio amplia a sensibilidade da vigilância no cotidiano das equipes.

A violência contra crianças é uma violação grave de direitos e constitui fator de risco para múltiplos desfechos negativos ao longo da vida. Por isso, a capacidade da equipe em utilizar múltiplas estratégias de identificação reflete seu compromisso com a proteção da infância, a articulação com a rede de apoio e a promoção de um cuidado verdadeiramente integral, atento às dimensões clínicas, familiares, sociais e emocionais da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 2010. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES EM CASOS DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
(Questão E40)

Padrão adotado

As ações realizadas diante da identificação de situações de violência contra crianças devem estar alinhadas com os protocolos de proteção e cuidado integral, envolvendo notificação obrigatória e discussão do caso em equipe. É importante a articulação com a rede de proteção social e denúncia às autoridades, garantindo também o suporte contínuo à criança e sua família.

A diversidade de estratégias utilizadas para detecção da violência promove o reconhecimento desse agravo na atenção básica, além de permitir o planejamento de ações para promoção, prevenção e acompanhamento das diferentes situações de violência.

Os protocolos são instrumentos de facilitação do trabalho, seu uso vem sendo feito em algumas regiões como forma de facilitar o registro, reconhecimento e atuação da equipe, e podem servir de modelo e serem readequados a diferentes realidades.

Alguns municípios já atuam com uso de protocolos para abordagem e registro de crianças em situação de violência, atendendo ao previsto na Lei nº 13.431/2017, regulamentada pelo Decreto nº 9.603/2018. Essa legislação estabelece o sistema de garantia de direitos para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, e prevê uma atenção integrada entre as instituições de proteção à criança, para garantir que crianças e adolescentes sejam reconhecidos como sujeitos de direito e recebam a proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Nesse sentido, são valorizadas as estratégias de articulação com a rede de proteção, como a discussão dos casos com equipe multiprofissional ou apoio matricial, o encaminhamento para os serviços da assistência social (CRAS/CREAS) e as denúncias aos órgãos competentes – incluindo o Conselho Tutelar, o DISQUE 100 e a autoridade policial. Essas ações fortalecem a responsabilização dos agressores e a proteção integral das crianças.

Além disso, o indicador considera o envolvimento da equipe com o núcleo familiar por meio do atendimento aos pais e/ou responsáveis, e o acompanhamento da criança na unidade, reforçando o papel da APS na longitudinalidade do cuidado. Quanto maior a articulação entre essas ações, mais efetiva tende a ser a resposta institucional frente à violência, com impacto direto na prevenção de reincidências e na promoção da segurança e do bem-estar da criança.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf . Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 2010. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf . Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 abr. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 dez. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9603.htm. Acesso em: 5 ago. 2025.

INDICADOR:

LOCAIS E EQUIPAMENTOS NO TERRITÓRIO ONDE SÃO OFERTADAS AÇÕES DE ATENÇÃO À CRIANÇA

(Questão E41)

Padrão adotado

A atenção à saúde da criança deve extrapolar os limites da unidade de saúde e envolver ações desenvolvidas em diversos espaços do território, com ênfase na atuação intersetorial, na promoção do cuidado integral e na articulação com instituições de educação, cultura, esporte, assistência social e organizações da sociedade civil.

A atuação fora dos muros da Unidade de Saúde é fundamental para garantir o acesso, a integralidade e a equidade do cuidado à população infantil.

São considerados diversos locais estratégicos para o desenvolvimento dessas ações, como o domicílio, especialmente em situações de vulnerabilidade ou necessidade de acompanhamento mais próximo; as creches e escolas, com destaque para a realização de atividades do Programa Saúde na Escola (PSE) e outras ações educativas e preventivas, que fortalecem a articulação entre saúde e educação; e os espaços comunitários, movimentos populares e ONGs, que ampliam o alcance da atenção e possibilitam o diálogo com diferentes grupos sociais.

Também são valorizadas as parcerias com serviços da assistência social – como CRAS, CREAS, Centro Pop – e com centros esportivos e culturais, pois representam oportunidades para ações de promoção de saúde, fortalecimento de vínculos e prevenção de agravos. A atuação junto aos serviços de acolhimento institucional ou familiar também é importante, especialmente no acompanhamento de crianças afastadas do convívio familiar por medida protetiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 2010. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf . Acesso em: 5 ago. 2025.



INDICADOR:

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO PARA CRIANÇAS DESENVOLVIDAS NO TERRITÓRIO PELA EQUIPE

(Questão E42)

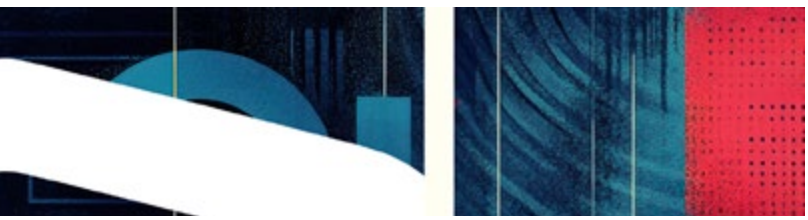
Padrão adotado

Valoriza-se a diversidade de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos voltadas ao público infantil em diferentes espaços do território, abordando dimensões físicas, emocionais, sociais e ambientais, com ênfase em temas prioritários para o desenvolvimento saudável e a proteção integral das crianças.

Este indicador verifica o escopo e a abrangência das ações de promoção e prevenção que a equipe de saúde realiza junto às crianças em seu território. Entre as ações avaliadas, estão aquelas voltadas à nutrição e alimentação saudável, higiene bucal, vacinação, e prevenção de doenças transmissíveis e infecções parasitárias – temas frequentemente abordados em espaços como escolas, creches e serviços comunitários. A avaliação de acuidade visual e auditiva também integra o conjunto de atividades preventivas que favorecem a detecção precoce de problemas e o acesso oportuno a tratamentos.

Outras ações abordam aspectos menos tradicionalmente incorporados à rotina dos serviços, mas de grande relevância para a infância, como a prevenção de acidentes domésticos, a orientação sobre uso excessivo de telas, a educação em saúde sexual, e a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Destaque especial é dado àquelas que envolvem a proteção de direitos e a prevenção de violências, como o enfrentamento da violência doméstica e sexual, da exploração sexual infantil, do trabalho infantil, e o combate à discriminação por raça, gênero, religião ou outras condições. Essas ações demonstram o comprometimento da equipe com a promoção de ambientes seguros e inclusivos para o pleno desenvolvimento infantil.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 2010. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf . Acesso em: 5 ago. 2025.

1.11.6 Domínio: Saúde de Adolescentes e Jovens

O cuidado à saúde de adolescentes e jovens é estratégico para a promoção de trajetórias de vida mais saudáveis e para a prevenção de agravos futuros. Na AB, práticas qualificadas contribuem para o fortalecimento da autonomia, do protagonismo juvenil e da construção de vínculos de confiança.

A atenção a adolescentes e jovens demanda práticas sensíveis às especificidades dessa faixa etária, como garantia de confidencialidade, promoção de saúde sexual e reprodutiva, cuidado de questões psicossociais e identificação de situações de violência. Além disso, exige articulação intersetorial e conhecimento dos recursos do território.

Quadro 13 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde de Adolescentes e Jovens. QualiAB, 2025

Domínio: Saúde de Adolescentes e Jovens (8 indicadores)	
Questão	Indicadores
E43	Ações realizadas quanto ao crescimento e desenvolvimento do adolescente
E44	Condições para quebra da confidencialidade e sigilo no atendimento de adolescentes
E45	Ações e temas abordados em relação à saúde sexual e reprodutiva do adolescente
E46	Ações e temas abordados em relação às condições psicossociais do adolescente
E47	Estratégias para identificação de violência contra adolescentes
E48	Ações em casos de adolescentes em situação de violência
E49	Locais e equipamentos no território onde são ofertadas ações de atenção aos adolescentes
E50	Atividades realizadas para o cuidado específico de jovens

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS QUANTO AO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

(Questão E43)

Padrão adotado

Valoriza-se o acompanhamento de rotina do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, contemplando dimensões biológicas, psicológicas e sociais, com acolhimento e escuta do adolescente com sigilo e confidencialidade, com identificação oportuna de vulnerabilidades. As ações devem incluir avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento puberal, observação das transformações corporais e mudanças desta fase, orientação sobre hábitos saudáveis, incluindo prevenção de doenças por meio da vacinação e identificação de condições de risco cardiovascular. A escuta qualificada e o uso sistemático da Caderneta do Adolescente são importantes instrumentos de diálogo e registro.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de adolescentes constitui eixo central para a atenção integral na APS. A adolescência é marcada por transformações físicas, cognitivas e emocionais intensas, que requerem olhar sensível e contextualizado. O cuidado integral deve ultrapassar a dimensão biomédica e incluir o reconhecimento das singularidades, das identidades e dos determinantes sociais que atravessam a experiência de adolescer.

A escuta qualificada, a linguagem adequada e o respeito à confidencialidade são elementos fundamentais para construir vínculos e promover autonomia progressiva. O uso da Caderneta do Adolescente deve ser promovido como instrumento pedagógico e clínico, permitindo o registro das etapas de desenvolvimento, dos fatores de risco e das condições de vida, ao mesmo tempo em que estimula o diálogo e a corresponsabilidade do adolescente em relação à própria saúde.

É papel da equipe incorporar temáticas como alimentação saudável, atividade física, imagem corporal, sexualidade, autocuidado e prevenção de agravos, incluindo aspectos como a vacinação conforme calendário, a prevenção de doenças cardiovasculares, a prevenção do uso excessivo de telas, entre outros.

Temas relacionados às modificações do corpo e ao desenvolvimento puberal com frequência constituem preocupações de adolescentes, de modo que o acolhimento e a orientação poderão constituir em um facilitador para o vínculo, contribuindo para a oferta de outras atividades na continuidade do cuidado.

Do mesmo modo, a atenção oportuna a agravos prevalentes nesta fase, como o aparecimento de lesões por acne, é fundamental para que adolescentes reconheçam na UBS o serviço que pode realizar seu cuidado. Essas práticas favorecem o desenvolvimento saudável e previnem desfechos negativos associados à situação de vulnerabilidade que os sujeitos vivenciam nessa fase, como transtornos alimentares e distorções da autoimagem.

A atenção aos adolescentes na APS pode ser feita em atendimentos, consultas e grupos, tanto no serviço, como na comunidade. O monitoramento do crescimento e do desenvolvimento, articulando ações com as finalidades de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção aos agravos prevalentes, reforça o papel das UBS de cada território na garantia dos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade para adolescentes.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Adolescente – Menina. 4. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_feminina_4ed1rempr.pdf. Acesso em: 28 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta do Adolescente – Menino. 4. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_masculino_4ed1rempr.pdf. Acesso em: 28 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 28 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado de puericultura e hebicultura. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/unidade-de-atencao-primaria/. Acesso em: 28 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/diretrizes. Acesso em: 28 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A.; et al. (org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 8 dez. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global standards for quality health-care services for adolescents. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ed1c0d2a-6153-4bc0-a71f-bff6d7babe81/content. Acesso em: 28 dez. 2025.



INDICADOR:

CONDIÇÕES PARA QUEBRA DA CONFIDENCIALIDADE E SIGILO NO ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES

(Questão E44)

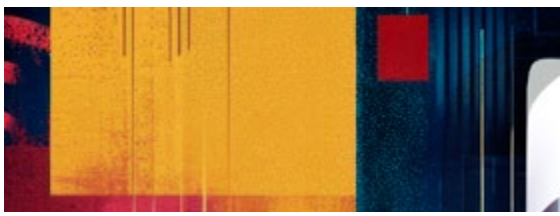
Padrão adotado

Espera-se que os serviços de saúde assegurem o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas durante o atendimento aos adolescentes, garantindo espaços de escuta individual e reservada, essenciais para o acolhimento respeitoso e livre de julgamentos. A quebra de confidencialidade deve ocorrer apenas nas situações previstas em lei, isto é, quando houver risco iminente à vida, para o próprio sujeito adolescente, ou deste contra a vida de outros. Os pais ou responsáveis podem ser informados sobre o conteúdo do atendimento quando profissional e adolescente considerarem necessário, ou ainda, a pedido do adolescente.

O sigilo é direito assegurado por lei e condição indispensável para que o adolescente confie nos serviços de saúde. A construção de um espaço de escuta protegida permite que temas sensíveis — como sexualidade, uso de substâncias ou conflitos familiares — sejam abordados sem medo de julgamento. O respeito à confidencialidade fortalece o vínculo, fundamental para a relação terapêutica e garante o exercício ético das profissões de saúde.

É relevante que os serviços de saúde e seus profissionais assegurem o direito de adolescentes serem atendidos em seus diferentes setores e atividades sem a obrigatoriedade da presença de pais e responsáveis. Aliás, para o cuidado de adolescentes é recomendável que se combine momentos de consultas, atendimentos e grupos em estes estejam apenas frente a profissionais, com o objetivo de contribuir para o ganho de autonomia, fundamental para a construção de sua cidadania e saúde nesta fase.

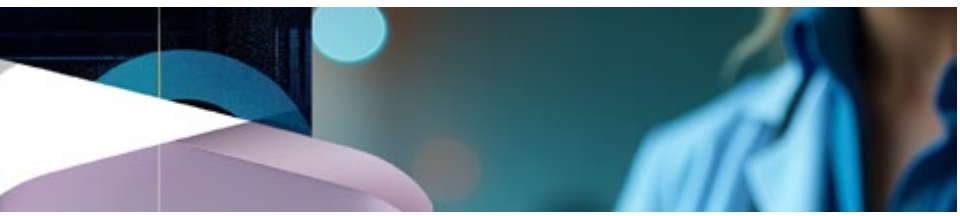
É relevante explicar aos adolescentes e familiares sobre a confidencialidade, abordar suas motivações e estabelecer também combinados, indicando a responsabilidade do serviço com os adolescentes e suas famílias. Assim, a abordagem da confidencialidade nos diferentes atendimentos é muito valorizada na atenção básica.



Entretanto, adolescentes estão se desenvolvendo e pode ser percebido por eles mesmos e pelos profissionais de saúde que o apoio familiar pode trazer segurança e conforto. Nesses casos, profissionais e adolescentes devem dialogar e identificar caminhos, em que uma das possibilidades consiste na opção conjunta pelo compartilhamento de informações, com vistas a buscar ajuda para os próximos passos. Exemplos dessas situações são o diagnóstico de gestação, de uma infecção sexualmente transmissível, ou o acompanhamento de indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias, em que não é mandatória a quebra de sigilo, mas quando é possível identificar benefícios do apoio e formular modos do próprio adolescente contar, ou fazer este relato apoiado.

Os profissionais devem discernir as situações em que o sigilo precisa ser mantido e aquelas em que sua quebra é obrigatória, como em casos de risco de morte. Nesses casos, a comunicação deve ocorrer de forma protegida, com o mínimo de exposição possível, respeitando as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente e as normas éticas do Código de Ética Médica, entre outras profissões de saúde. É recomendável que a necessidade desta quebra de sigilo seja compartilhada e que a forma da comunicação seja construída com os adolescentes. Em situações de suspeita ou confirmação das diferentes violências é importante verificar quem são os potenciais agressores antes de os envolver no cuidado, pois há casos em que familiares e responsáveis são agentes da violência. Independente disso, quando há risco ou confirmação da violência, é preciso notificar e denunciar ao Conselho Tutelar, que disparará outras ações. Os profissionais de saúde devem compartilhar com os adolescentes os passos que estão sendo trilhados, garantindo sobretudo a sua proteção.

As unidades devem manter fluxos institucionais claros para situações de quebra de sigilo, pactuados com a gestão e a rede de proteção, incluindo registros padronizados, documentação de justificativas e devolutivas ao usuário, reduzindo risco de revitimização e de exposição indevida. A adoção de protocolos institucionais e a educação permanente são práticas fundamentais para garantir a segurança e o direito dos adolescentes à privacidade e à proteção integral.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.
BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca_mdhc_2024.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2022-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Recomendações aos profissionais de saúde para o atendimento de adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde, contidas na Nota Técnica nº 04, de 3 de abril de 2017. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220318_N_NOTATECNICAn2-2022-COSAJ_3407892645107799912.pdf. Acesso em: 08 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/diretrizes. Acesso em: 8 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A.; et al. (org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 8 dez. 2025.





INDICADOR:

AÇÕES E TEMAS ABORDADOS EM RELAÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE

(Questão E45)

Padrão adotado

Espera-se que as equipes das UBS abordem temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, com acolhimento e escuta do adolescente de modo confidencial, ou seja, sem que esteja acompanhado. A unidade deve oferecer diálogo sobre gênero, sexualidade e prevenção de IST e aids. Em relação à reprodução, devem ser providas orientações sobre o planejamento reprodutivo, incluindo a abordagem da gestação na adolescência, em especial a gravidez não desejada, bem como a maternidade e paternidade nesta fase. Valoriza-se as orientações sobre o direito ao aborto legal. As práticas devem promover o exercício da autonomia, o respeito ao consentimento, às identidades de gênero e à diversidade sexual.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes deve articular informação, escuta e acesso a serviços, reconhecendo a sexualidade como parte fundamental do desenvolvimento e do bem-estar humano.

A UBS pode realizar ações na unidade e na comunidade, com orientação sobre promoção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o desenvolvimento do corpo e da puberdade, fase de descoberta da sexualidade, gênero e orientação sexual, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, entre outros aspectos. As ações educativas devem ser contínuas, participativas e intersetoriais, promovendo o protagonismo juvenil e o diálogo entre adolescentes, famílias e profissionais.

A diversidade sexual e de gênero deve ser reconhecida e respeitada, evitando barreiras de acesso e ampliando a segurança dos adolescentes nos serviços.



A APS é espaço privilegiado para garantir o planejamento reprodutivo, com abordagem sobre as escolhas, acesso a métodos contraceptivos, inclusive de emergência. O cuidado deve ser ofertado com linguagem adequada e respeitosa, valorizando a singularidade e o direito de escolha. A presença de profissionais sensíveis, livres de preconceitos e treinados é determinante para a adesão e o acolhimento.

Como parte do cuidado à saúde reprodutiva, em caso de gestação, é fundamental abordar se esta gestação foi desejada, ou não. As consultas e os atendimentos devem contemplar a atenção a adolescentes gestantes ou ao pai adolescente, oferecendo suporte integral e articulado com a rede de proteção. A abordagem multiprofissional, o acompanhamento pré-natal e o apoio psicossocial garantem o exercício responsável da parentalidade e a proteção de direitos.

Situações em que o aborto legal é um direito devem ser abordadas, orientadas e garantidas. São elas: gravidez decorrente de estupro e estupro de vulnerável; risco de vida materno; e anencefalia. Estas situações são especialmente relevantes na adolescência, dado que gestações para mulheres e pessoas que gestam menores de 14 anos com parceiros maiores de 14 anos são consideradas estupro de vulnerável. Além disso, pode haver risco biológico diferenciado nesta fase.

A prevenção, a testagem e o tratamento de IST, também são temas relevantes a partir do início das atividades sexuais. É relevante que a testagem, quando indicada, seja feita mediante consentimento e com aconselhamento, mantida a confidencialidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Interrupção gestacional prevista em lei. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/interrupcao-gestacional-prevista-em-lei. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/diretrizes. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html Acesso em: 8 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A.; et al. (org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 08 dez. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES E TEMAS ABORDADOS EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS DO ADOLESCENTE

(Questão E46)

Padrão adotado

As equipes devem desenvolver ações voltadas à promoção da saúde mental e ao enfrentamento de vulnerabilidades psicossociais, com ênfase na escuta qualificada, no acolhimento e na articulação intersetorial. Espera-se que os profissionais possam reconhecer sinais de sofrimento psíquico, uso de substâncias, automutilação e situações de violência. As ações devem ser interdisciplinares, envolver escolas, famílias e redes de apoio, e priorizar a construção de projetos de vida, o fortalecimento da autoestima e a inclusão social

A saúde mental e o bem-estar psicossocial dos adolescentes são componentes essenciais da atenção integral. A transição da infância à vida adulta implica desafios identitários, familiares e sociais que, quando não acompanhados, podem resultar em sofrimento psíquico ou exclusão social. O olhar individual e comunitário de profissionais da APS deve ser treinado para identificar precocemente alterações emocionais e comportamentais. A atenção à saúde mental de adolescentes requer acolhimento qualificado, escuta sensível e vínculo contínuo, mesmo quando o jovem busca atendimento desacompanhado. A equipe deve garantir um espaço seguro, sem julgamentos, favorecendo o diálogo sobre o projeto de vida, direitos e autonomia.

A escuta qualificada é o principal instrumento de intervenção e exige tempo, sensibilidade e preparo. A equipe deve oferecer espaço de acolhimento livre de julgamentos, permitindo que o adolescente se expresse e participe ativamente da construção do projeto de cuidado. A presença de profissionais de referência e a continuidade do acompanhamento são determinantes para evitar rupturas e fortalecer o vínculo.

É fundamental a avaliação de transtornos mentais como depressão, ansiedade e bipolaridade, bem como o acompanhamento de dificuldades escolares, alterações de comportamento e aprendizagem, sempre em articulação com o Programa Saúde na Escola, quando houver.
As ações educativas e de prevenção devem abordar o uso de álcool, tabaco, anabolizantes, psicofármacos e outras drogas, enfatizando a prevenção da dependência farmacológica e os riscos associados ao tabagismo e ao uso de dispositivos eletrônicos (vapes, pod, narguilé).

A equipe deve identificar e acompanhar distúrbios alimentares e de autoimagem (anorexia, bulimia, obesidade, vigorexia), bem como situações de violência doméstica, sexual ou exploração. A prevenção do suicídio, fortalecimento da autoestima, combate ao estigma e a valorização da vida devem estar presentes em todas as ações de promoção da saúde mental. A atenção à diversidade e o respeito às diferenças culturais, étnico-raciais e de gênero são princípios éticos que orientam toda a prática.

As equipes devem estar atentas para o contexto espacial e temporal e a relação com vivências psicossociais. Um tema atual relevante é o uso telas, redes e mídias sociais, que podem ter benefícios para a informação e o convívio social, mas também riscos para a concentração, sintomas de ansiedade, exposição indevida, entre outros.

Em caso de adolescentes que vivem situações de conflito com a lei, recomenda-se a adoção das orientações específicas da PNAISARI. É relevante que o processo de cuidado siga recomendações éticas e a garantia de direitos, evitar a medicalização dos conflitos, ou a restrição química de liberdades. Os processos terapêuticos devem promover a autonomia e contribuir para a construção de projetos de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 maio 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/diretrizes. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 8 dez. 2025.

LEANDRO, B.; SOBRINHO, A.; ABRAMO, H. (org.). Panorama da situação de saúde de jovens brasileiros – 2016 a 2022: intersecções entre juventude, saúde e trabalho. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Coordenação de Cooperação Social/Presidência da Fiocruz, 2023. Disponível em: https://arca.fiocruz.br/items/e16e55be-d1f2-4b55-b9d1-b2cc89af12de. Acesso em: 8 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A.; et al. (org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 8 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global standards for quality health-care services for adolescents. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240114012. Acesso em: 08 dez. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES (Questão E47)

Padrão adotado

Espera-se que as equipes adotem estratégias sistemáticas, éticas e sensíveis para a identificação precoce de situações de violência contra adolescentes, como identificação de sintomas e queixas físicas/psicológicas, valorização do relato espontâneo do adolescente, responsáveis ou de outros usuários, assim como, realize visita domiciliar e discussão da situação em equipe. Valoriza-se o uso de protocolo de atendimento, assim como que a escuta seja individual e sigilosa.

A violência na adolescência é um fenômeno complexo e multifatorial, frequentemente invisível aos olhos dos serviços. Muitas vezes, manifesta-se por meio de sintomas inespecíficos — queixas físicas recorrentes, distúrbios do sono, retraimento, ansiedade, comportamentos agressivos, evasão escolar, depressão ou automutilação. É papel da APS identificar os sinais de alerta e organizar o trabalho no serviço e na comunidade de modo a identificar precocemente essas situações. A avaliação clínica e psicossocial deve ser conduzida de forma cuidadosa, observando a coerência entre a narrativa e os achados físicos, e considerando o contexto familiar e comunitário. O olhar da equipe também deve se atentar a atendimentos por traumas, uso de psicotrópicos, evasão escolar ou negligência nos cuidados básicos.

A escuta protegida constitui o principal instrumento de detecção. Deve ocorrer em ambiente reservado, com tempo e postura empática, garantindo que o adolescente se sinta seguro para relatar experiências traumáticas. A confiança se constrói quando há respeito, privacidade e não julgamento; nesse processo, o vínculo é terapêutico e protetor.

As equipes devem dispor de protocolos institucionais que orientem a identificação, o registro e o encaminhamento de casos suspeitos. A notificação de violência é obrigatória, mas deve ser feita de modo ético e articulado com a rede local. A identificação de situações de violência contra o adolescente na APS requer uma abordagem sistemática e interdisciplinar, sustentada por protocolos de atendimento que orientem o fluxo, registro e encaminhamento. O profissional deve reconhecer os tipos de violência (física, sexual, psicológica, negligência e institucional) e os instrumentos normativos que determinam as responsabilidades éticas e legais do serviço diante desses casos, assegurando o sigilo, a proteção e o respeito aos direitos da criança e do adolescente.

A escuta individual e sigilosa constitui um dos eixos centrais de identificação, devendo ocorrer em ambiente reservado, sem a presença de familiares, com linguagem adequada à idade e respeito à autonomia do adolescente. É essencial valorizar o relato espontâneo, evitando perguntas indutivas ou julgamento moral. A atenção deve se estender também à escuta dos

responsáveis e de outros usuários que possam trazer informações complementares, o que auxilia na compreensão do contexto de vida do adolescente e na identificação de situações de risco. Essas múltiplas escutas contribuem para uma análise mais completa e empática, preservando o vínculo e a confiança entre o usuário e a equipe.

A visita domiciliar e a discussão de casos em equipe são estratégias indispensáveis para a conformação de suspeitas e o planejamento do cuidado. A visita possibilita observar condições de moradia, dinâmica familiar, relações de cuidado e possíveis fatores de vulnerabilidade. Já a discussão em equipe envolvendo profissionais de diferentes formações favorece o compartilhamento de percepções, a definição de condutas e o acionamento da rede intersetorial. Como conselho tutelar, escola e serviços de proteção social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Estatuto da Juventude. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 ago. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca_mdhc_2024.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view. Acesso em: 8 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A.; et al. (org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 8 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global standards for quality health-care services for adolescents. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240114012. Acesso em: 8 dez. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES EM CASOS DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

(Questão E48)

Padrão adotado

As ações diante da identificação de situações de violência devem seguir os princípios da proteção integral, articulando cuidado clínico individual, apoio psicossocial, notificação compulsória e encaminhamento à rede intersetorial. Espera-se postura ética, empática e proativa, assegurando acolhimento imediato, escuta protegida e acompanhamento longitudinal do adolescente e de sua família. A articulação com Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e serviços especializados é obrigatória para garantir a segurança e a responsabilização dos agressores.

O enfrentamento da violência requer resposta rápida, articulada e humanizada. Uma vez que as UBS estão presentes em todos os territórios, a APS é porta de entrada preferencial para a maior parte dos casos e deve estar preparada para atuar como ponto de coordenação do cuidado. O acolhimento inicial deve ser feito com escuta ativa e proteção, evitando exposição do adolescente e garantindo privacidade.

Após o primeiro atendimento, a equipe deve avaliar riscos imediatos, acionar a rede de proteção e registrar a notificação compulsória de violência Interpessoal ou autoprovocada de forma sigilosa. É importante assegurar acompanhamento clínico e psicológico contínuo, considerando os impactos físicos e emocionais da violência sobre o desenvolvimento e a construção identitária e de cidadania.

O trabalho articulado entre saúde, educação, assistência social e sistema de justiça é indispensável para romper o ciclo de violência. Reuniões de rede, discussões de caso e projetos compartilhados de cuidado fortalecem a corresponsabilidade entre setores. O foco deve ser a restauração da segurança, da autoestima e do direito à convivência familiar e comunitária saudável.

As ações devem contemplar apoio à família, quando possível, e a criação de estratégias de empoderamento juvenil. O adolescente não deve ser visto apenas como vítima, mas como sujeito de direitos, capaz de participar ativamente do processo de recuperação, reconstrução de sua trajetória e, inclusive, agente de prevenção da violência em âmbito social.

A identificação e o enfrentamento da violência também devem ser garantidos a adolescentes que vivenciam situações de conflito com a lei, segundo recomendações da PNAISARI. A avaliação periódica dos casos, com indicadores de tempo-resposta, continuidade do cuidado e desfechos psicossociais, permite aprimorar fluxos e reduzir a revitimização institucional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 maio 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view. Acesso em: 8 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A. et al.(org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 8 dez. 2025.

INDICADOR:

LOCAIS E EQUIPAMENTOS NO TERRITÓRIO ONDE SÃO OFERTADAS AÇÕES DE ATENÇÃO AOS ADOLESCENTES

(Questão E49)

Padrão adotado

A atenção à saúde dos adolescentes deve valorizar ações voltadas a coletivos e ocorrer de forma intersetorial, abrangendo diferentes espaços do território — unidades de saúde, escolas, centros culturais, esportivos e comunitários. Valoriza-se a atuação da equipe fora dos muros da unidade, em articulação com equipamentos de educação, cultura, assistência e juventude. A presença dos profissionais de saúde em espaços de convivência juvenil amplia o acesso, fortalece o vínculo e assegura a promoção da saúde como prática social. As ações devem ser planejadas em conjunto com os adolescentes e suas comunidades, com participação social e corresponsabilidade.

A vida do adolescente se desenrola em múltiplos espaços — escola, casa, rua, centros culturais e esportivos. Por isso, o cuidado não pode se restringir à unidade de saúde. A atenção territorializada favorece a busca da integralidade, ao permitir que o serviço de saúde esteja onde o adolescente está. Essas ações podem atingir coletivos de adolescentes e, também, constituir em estratégia de busca ativa de adolescentes em situação de vulnerabilidade e que ainda não frequentem os serviços de saúde. Assim, o cuidado em saúde articulado a equipamentos do território contribui para a busca da equidade e a garantia do acesso universal de adolescentes à saúde.

A articulação das equipes de saúde com profissionais de outros setores e a atuação conjunta em escolas, projetos sociais e espaços comunitários cria oportunidades para identificar demandas, promover ações educativas e desenvolver vínculos. O Programa Saúde na Escola é exemplo de política pública que visa a essa integração e permite o diálogo entre saúde e educação como corresponsáveis pela formação integral.

A articulação com centros culturais, esportivos e de juventude amplia a abordagem, permitindo trabalhar temas como identidade, prevenção de violências, saúde mental e cidadania. O protagonismo juvenil deve ser estimulado, valorizando a participação dos adolescentes na formulação e avaliação das ações que lhes dizem respeito, pois a participação social é uma diretriz do SUS e um dos pilares da promoção da saúde.

O reconhecimento do território como espaço vivo de cuidado favorece o enfrentamento de desigualdades e vulnerabilidades, especialmente em contextos urbanos periféricos e rurais. O trabalho intersetorial e em rede deve ser contínuo, com fluxos bem definidos e compromissos compartilhados entre as instituições.

Avaliações participativas com jovens e comunidades, combinadas a indicadores de acesso e satisfação, orientam ajustes das ações no território e aumentam sua efetividade e legitimidade social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Estatuto da Juventude. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 ago. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca_mdhc_2024.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 8 dez. 2025.

LEANDRO, B.; SOBRINHO, A.; ABRAMO, H. (org.). Panorama da situação de saúde de jovens brasileiros – 2016 a 2022: intersecções entre juventude, saúde e trabalho. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Coordenação de Cooperação Social/Presidência da Fiocruz, 2023. Disponível em: https://arca.fiocruz.br/items/e16e55be-d1f2-4b55-b9d1-b2cc89af12de. Acesso em: 8 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A.; et al. (org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 8 dez. 2025.

INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS PARA O CUIDADO ESPECÍFICO DE JOVENS (Questão E50)

Padrão adotado

Espera-se que as equipes planejem e executem ações voltadas à população jovem, reconhecendo suas especificidades e necessidades de saúde. Valoriza-se que os serviços organizem seu processo de trabalho para favorecer o acesso de jovens, incluindo aqueles que estudam e trabalham. O acolhimento deve considerar especialmente jovens que vivenciem situações de vulnerabilidade. Devem ser promovidas atividades que abordem saúde mental, sexual e reprodutiva, prevenção de violências, uso de substâncias e promoção do autocuidado. Recomenda-se o apoio à inserção social, educacional e laboral, bem como o incentivo à participação cidadã e comunitária. O cuidado deve ser integral, baseado em vínculo, escuta e corresponsabilidade, articulando-se com políticas públicas de juventude.



Os jovens adultos enfrentam transições intensas: entrada no mercado de trabalho, busca por autonomia, formação de vínculos afetivos e definição de projetos de vida. Esse contexto traz desafios específicos à saúde, que exigem políticas e práticas direcionadas. Em especial o trabalho tem representado importante fonte de sobrecarga, podendo contribuir para agravos de saúde na população jovem. A APS tem papel estratégico nesse cuidado, devendo ser espaço de acolhimento e promoção da saúde integral.

O horário de funcionamento das UBS e outros aspectos da organização do trabalho podem limitar o acesso de jovens aos serviços de saúde, pois nessa fase da vida é frequente a sobreposição entre os estudos e o trabalho. Por isso, valoriza-se que as unidades possam realizar atividades em horários alternativos, como um período noturno ou de final de semana, além de participar de ações em espaços da comunidade.

O reconhecimento de situações de vulnerabilidade e da relação da saúde com os marcadores sociais da diferença – gênero, raça/etnia, classe social, procedência, além da faixa etária - pode diminuir seu impacto para a saúde. As ações para jovens devem integrar dimensões clínicas, psicossociais e culturais, reconhecendo o impacto das condições de trabalho, estudo e moradia sobre o bem-estar.

O acesso à saúde integral, incluindo a saúde mental, a saúde ocupacional, o planejamento reprodutivo, a testagem de IST e a prevenção da violência, entre outras abordagens, deve ser garantido de forma acolhedora e contínua.

É importante que os serviços criem espaços e instrumentos para o diálogo, promovam oficinas e grupos temáticos que abordem temas como saúde emocional, cidadania e protagonismo juvenil. A atuação conjunta com secretarias de juventude, trabalho e cultura amplia o alcance e a sustentabilidade das ações. A perspectiva de cuidado ampliado implica enxergar o jovem como sujeito de direitos. O foco deve ser a construção de trajetórias de vida saudáveis, autônomas e solidárias.

O monitoramento de indicadores (acesso, adesão, satisfação e desfechos) e a revisão periódica dos projetos de ação orientam a melhoria contínua do cuidado e a adequação às necessidades locais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Estatuto da Juventude. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 ago. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 756, de 15 de agosto de 2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2024/reso756-dispoe-sobre-a-aprovacao-da-pnaisaj.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/diretrizes. Acesso em: 8 dez. 2025.

LEANDRO, B.; SOBRINHO, A.; ABRAMO, H. (org.). Panorama da situação de saúde de jovens brasileiros – 2016 a 2022: intersecções entre juventude, saúde e trabalho. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Coordenação de Cooperação Social/Presidência da Fiocruz, 2023. Disponível em: https://arca.fiocruz.br/items/e16e55be-d1f2-4b55-b9d1-b2cc89af12de. Acesso em: 8 dez. 2025.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A. et al.(org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/. Acesso em: 8 dez. 2025.

1.11.7 Domínio: Saúde do Adulto

A atenção à saúde do adulto é um componente central da Atenção Básica, considerando a elevada carga de agravos e a diversidade de necessidades presentes nesse grupo populacional. Boas práticas nesse campo contribuem para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado oportuno frente a agravos prevalentes.

Deve contemplar ações de prevenção, rastreamento, detecção precoce e cuidado de agravos frequentes, com ênfase na saúde da mulher, saúde do homem e no cuidado de populações específicas, como pessoas negras, trans e LGBTQIAPN+. Também é essencial que as equipes estejam preparadas para identificar e manejar situações de violência. A integralidade do cuidado exige práticas clínicas atualizadas, ações educativas, vigilância ativa e articulação com a rede de atenção especializada.



Quadro 14 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde do Adulto. QualiAB, 2025

Domínio: Saúde do Adulto (13 indicadores)	
Questão	Indicadores
E51	Ações realizadas na atenção à saúde da mulher
E52	Critérios utilizados para a coleta de rotina do exame de Papanicolau
E53	Estratégias para ampliação da cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero
E54	Critérios de solicitação de mamografia para rastreamento de câncer de mama
E55	Estratégias para ampliação da cobertura do rastreamento e diagnóstico precoce de câncer de mama
E56	Estratégias utilizadas para identificação da violência contra a mulher
E57	Ações realizadas em caso de violência contra a mulher
E58	Diversidade de temas abordados na promoção da saúde do homem
E59	Ações realizadas para atenção à saúde do homem
E60	Ações realizadas na atenção à saúde da população negra
E61	Ações realizadas na atenção à saúde de pessoas trans
E62	Estratégias para detecção de situações de violência contra pessoas LGBTQIAPN+
E63	Ações realizadas em casos de violência contra pessoas LGBTQIAPN+

INDICADOR:

AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

(Questão E51)

Padrão adotado

As ações de atenção à saúde da mulher na APS abrangem o atendimento qualificado a queixas ginecológicas e alterações do ciclo menstrual, o rastreamento de câncer ginecológico e de mama e o acompanhamento no pré-natal, puerpério e envelhecimento. Incluem orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, cidadania, direitos e participação social. Envolvem ainda a identificação e enfrentamento de situações de violência, avaliação de vulnerabilidades sociais e promoção de grupos terapêuticos, fortalecendo o cuidado integral e equânime das mulheres em todas as fases da vida.

A atenção à saúde da mulher é uma das agendas históricas mais consolidadas nas políticas públicas de saúde no Brasil, com marcos legais que promoveram uma abordagem integral, baseada em direitos, superando o foco exclusivo na saúde reprodutiva. Essa atenção se concretiza por meio de ações qualificadas, acessíveis e humanizadas, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado contínuo ao longo do ciclo de vida.

A APS, como porta de entrada preferencial, tem papel estratégico na coordenação do cuidado, acolhendo as mulheres considerando sua diversidade identitária, sexual, social e geracional. Isso inclui não apenas o pré-natal, mas também temas historicamente negligenciados, como climatério, saúde mental, sexualidade, enfrentamento da violência de gênero e atenção à mulher idosa.

A APS é também o principal ponto de atenção responsável pelo atendimento das queixas ginecológicas agudas e de alterações do ciclo menstrual, uma vez que não há outros serviços de rotina que realizem esse tipo de acolhimento. É fundamental que as equipes estejam preparadas para realizar avaliação clínica inicial, diagnóstico sindrômico, manejo conforme protocolos e, quando necessário, encaminhamento adequado, assegurando resolutividade e continuidade do cuidado.

Outro aspecto central é a atenção à saúde mental das mulheres, frequentemente impactada pela sobrecarga de trabalho doméstico e familiar, dupla jornada e desigualdades de gênero. A APS tem papel estratégico na identificação precoce de sofrimento psíquico, oferecendo escuta qualificada, acolhimento e acompanhamento contínuo, além de promover ações em grupo e articulação com a rede psicossocial quando necessário.

A vivência de situações de violência doméstica e familiar é um importante fator de vulnerabilidade e adoecimento, exigindo da equipe preparo para reconhecer sinais, acolher de forma segura e sigilosa, realizar a notificação compulsória e articular o cuidado com os serviços da rede de proteção. É também papel da APS apoiar o acesso das mulheres a direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, contribuindo para o fortalecimento da autonomia e da proteção integral.

O planejamento reprodutivo é uma responsabilidade central da APS e deve ser assegurado como um direito, não apenas como fornecimento de métodos contraceptivos. As equipes devem oferecer informações claras e acolhedoras sobre todas as opções disponíveis, respeitando escolhas, desejos reprodutivos e condições de vida de cada mulher. Essa abordagem inclui prevenção de gestações não planejadas e apoio a mulheres e casais que desejam engravidar, garantindo acompanhamento pré-concepção, avaliação de riscos e acesso ao cuidado integral, fortalecendo autonomia e protagonismo sobre o próprio corpo e saúde.

A atenção ao climatério representa outro campo prioritário para a APS, muitas vezes negligenciado nas práticas cotidianas. Essa fase de transição demanda um olhar ampliado, que considere as alterações hormonais, metabólicas e emocionais, bem como o impacto nas relações familiares e sociais. As equipes devem estar preparadas para acolher queixas como

ondas de calor, distúrbios do sono, alterações do humor e disfunções sexuais, oferecendo orientações sobre autocuidado, hábitos saudáveis, prevenção de osteoporose e doenças cardiovasculares.

Nesse sentido, as ações programadas devem ser orientadas pelo princípio da integralidade, integrando ações clínicas, educativas e intersetoriais, e estruturadas a partir de protocolos clínicos e fluxos assistenciais adequados.

Cabe às equipes também oferecer orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e prevenção de IST, além de promover ações educativas e grupos terapêuticos que fortaleçam o autocuidado e o protagonismo feminino. Para além disso, ações mais tradicionais, como o atendimento pré-natal e o rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres ginecológicos e de mama, devem ser realizadas de forma sistemática, com encaminhamento ágil para confirmação diagnóstica e tratamento e acompanhamento longitudinal das usuárias. A diversidade de ações oferecidas de forma sistemática favorece o vínculo das mulheres com a UBS, sendo essencial que as ofertas estejam baseadas no perfil epidemiológico local, nas demandas percebidas e na escuta ativa das usuárias, o que exige planejamento, sensibilidade para temas emergentes e atuação articulada entre profissionais e com as redes de apoio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde., Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Detecção precoce do câncer de mama. Boletim ano 13, n.° 2, jul./dez., 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo_numero_2_2022.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

COUTO, C. E. et al. A atenção à saúde da mulher no Estado de São Paulo, Brasil: avaliação de serviços de atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 41, n. 5, p. e00147024, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT147024. Acesso em: 8 ago. 2025.

CRUZ, M. J. B. et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 11, p. e00004019, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00004019. Acesso em: 8 ago. 2025.

GASPARIN, V. A. et al. Assistência à saúde da mulher idosa na Atenção Primária: scoping review. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 35, n. 2, p. e350206, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350206pt. Acesso em: 8 ago. 2025.

LUZ, M. M. F.; FRUTUOSO, M. F. P. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, p. e200644, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200644. Acesso em: 8 ago. 2025.

MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Revista Escola Anna Nery, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098. Acesso em: 8 ago. 2025.

MARTINS, D. C. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde com mulheres em idade reprodutiva. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 3, p. e20210015, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0015. Acesso em: 8 ago. 2025.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020. Acesso em: 8 ago. 2025.

INDICADOR:

CRITÉRIOS PARA COLETA DE PAPANICOLAOU

(Questão E52)

Padrão adotado

Os critérios para a coleta do Papanicolau priorizam mulheres de 25 a 64 anos, faixa etária de maior benefício para o rastreamento do câncer do colo do útero. Inicialmente, recomenda-se a realização de dois exames com intervalo anual, se ambos apresentarem resultado negativo. As coletas subsequentes passam a ser realizadas a cada três anos. Para mulheres com citologia oncótica alterada, o acompanhamento deve ocorrer com repetição do exame a cada 6 ou 12 meses, conforme a gravidade da alteração.

O câncer do colo do útero apresenta alta incidência e mortalidade evitáveis, sendo uma das poucas neoplasias com história natural bem conhecida, longa fase pré-clínica e métodos eficazes de rastreamento e tratamento de lesões precursoras. O principal exame utilizado na APS para rastreamento é o citopatológico cervical (Papanicolau), cujo coleta sistemática permite identificar alterações celulares antes do desenvolvimento do câncer invasivo.

A diretriz nacional estabelece que o rastreamento seja realizado em mulheres de 25 a 64 anos que tenham iniciado a vida sexual, preferencialmente com exame a cada três anos após dois exames normais consecutivos, realizados com intervalo de um (1) ano. Essa recomendação está baseada em evidências que demonstram ser essa a faixa etária (25 a 64 anos) têm maior risco para o desenvolvimento da doença e que a evolução do câncer do colo de útero é, na maioria dos casos, lenta. O rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não é recomendado, pois estudos mostram ausência de impactos significativos sobre a mortalidade nesta faixa etária.

Contudo, a coleta pode ser indicada em situações clínicas específicas, como imunossupressão, alteração em coletas anteriores e presença de sinais/sintomas ou histórico ginecológico relevante. A coleta também não se aplica a mulheres que nunca tiveram atividade sexual, uma vez que não houve exposição ao HPV, principal agente etiológico do câncer cervical. No caso de mulheres com 64 anos ou mais, deve-se interromper o rastreamento caso tenham dois exames normais consecutivos nos últimos cinco anos e não apresentem história prévia de lesão intraepitelial de alto grau ou câncer.

Um dos grandes desafios enfrentados pelos serviços de saúde é alcançar alta cobertura populacional, recomendando-se que pelo menos 80% das mulheres elegíveis da área adscrita realizem o exame de forma regular. Para isso, é necessário substituir o modelo de rastreamento centrado em um grupo de mulheres super rastreadas por uma estratégia de rastreamento ativo, com busca das usuárias não examinadas, especialmente entre as mais vulneráveis socialmente.

A qualidade da coleta adequada, identificação das mulheres alvo e o correto seguimento das alterações detectadas são determinantes para o sucesso da estratégia. Equipes devem ser capacitadas para escuta qualificada, orientação prévia ao exame, acolhimento e manejo adequado dos achados. Por fim, os serviços devem manter registro e monitoramento dos exames realizados, assegurando que os resultados estejam integrados aos fluxos de referência contrarreferência e segmento das lesões precursoras, contribuindo de maneira efetiva para a redução da mortalidade por câncer de colo de útero.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_reducao_cancer_colo.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_utero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAÇÃO DA COBERTURA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

(Questão E53)

Padrão adotado

As estratégias para ampliar a cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero incluem organização de campanhas e mutirões para coleta de Papanicolau, aliadas à identificação e busca ativa das mulheres na faixa etária prioritária residente no território. É fundamental ofertar o exame para todas as mulheres com indicação, seguindo os critérios estabelecidos e manter a rotina para vigilância, como o controle de exames alterados e a avaliação da cobertura. A promoção de discussões comunitárias sobre prevenção e rastreamento fortalece o engajamento local, enquanto a capacitação contínua da equipe assegura a qualidade e a padronização das ações.

A ampliação da cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil exige a transição do modelo oportunístico para um rastreamento organizado, conforme as diretrizes mais recentes do Ministério da Saúde e do INCA.

A incorporação dos testes moleculares para detecção de HPV oncogênico por técnica de PCR possibilita a maior sensibilidade diagnóstica, em intervalos mais longos entre as testagens e a redução de exames desnecessários, aumentando a eficiência do programa e potencializando o impacto na redução de incidência e mortalidade. O teste de DNA-HPV identifica o vírus de alto risco antes do surgimento das lesões. É mais sensível que a citologia, detecta o risco com até 10 anos de antecedência e pode ser realizado via autocoleta, facilitando o acesso. Sua implantação no SUS ainda é recente, porém logo deve ser parte da rotina dos serviços.
Na APS, é fundamental a adoção de estratégias ativas de busca e convocação de mulheres na faixa etária prioritária utilizando dados do território, sistemas de informação para identificar pessoas não rastreadas ou com rastreamento desatualizado. Outra estratégia essencial é a oferta proativa dos exames de rastreamento para todas as mulheres elegíveis presentes na unidade, garantindo acesso oportuno e equitativo ao cuidado.

Campanhas e mutirões de coleta devem ser planejados de forma articulada com ações comunitárias de educação em saúde, abordando a prevenção, importância do rastreamento e manejo de resultados alterados. Essas ações precisam respeitar e valorizar o conhecimento popular, fortalecendo a participação social e a corresponsabilização da comunidade no cuidado.

A capacitação contínua das equipes sobre critérios atualizados de rastreamento e manejo clínico é indispensável para assegurar padronização e qualidade nas práticas. Outro eixo estratégico é a vigilância sistemática, com monitoramento de cobertura, tempo de retorno dos resultados e segmento de casos alterados, garantindo integralidade na linha de cuidado. A análise desses indicadores aliada a estratificação por vulnerabilidades sociais e regionais permite direcionar esforços para reduzir desigualdades e alcançar populações de maior risco em consonância com o chamado global da OMS para eliminação do câncer do colo de útero como problema de saúde pública.

O fortalecimento da articulação intersetorial envolvendo educação, assistência social e organizações comunitárias amplia a capilaridade das mensagens e favorece a adesão à integração entre prevenção primária (vacinação contra HPV) e secundária (rastreamento com teste molecular ou citologia conforme faixa etária e contexto).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_utero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024. Incorpora, no SUS, testes moleculares para detecção de HPV oncogênico como rastreamento primário. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 47, p. 73, 8 mar. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2024/portaria-sectics-ms-no-3-de-7-de-marco-de-2024. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde. v. 3 n. 1, abr. Brasília: MS, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/cancer_colo_utero_marco_2023.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

CERQUEIRA, R. S.; et al. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica, v. 18, n. 46, e1072022 Aug. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.107. Acesso em: 8 ago. 2025.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero – página institucional (atualizações e links para edições e materiais). Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/3502/1/sumario%20colo%20do%20utero%20SITE.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual 2023. Rio de Janeiro: INCA, out. 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

INDICADOR:

CRITÉRIOS DE SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

(Questão E54)

Padrão adotado

Os critérios para solicitação de mamografia no rastreamento do câncer de mama incluem para a população em geral, sem fatores de risco e sem alterações no exame físico, a indicação é para mulheres de 50 a 69 anos com periodicidade bienal, já para mulheres com risco elevado mediante avaliação clínica individualizada, independentemente da idade, assim como recomenda-se a realização do exame em mulheres a partir dos 40 anos considerando fatores clínicos e histórico familiar.

O câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente entre mulheres no Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma, sendo também uma das principais causas de mortalidade feminina por neoplasias. A detecção precoce, seja por meio do diagnóstico oportuno em mulheres com sinais ou sintomas, seja pelo rastreamento mamográfico de mulheres assintomáticas, é fundamental para reduzir a mortalidade e ampliar as chances de cura.

A estratégia recomendada de rastreamento populacional é a mamografia bilateral bienal em mulheres de 50 a 69 anos, sendo o grupo de maior risco e que se beneficia comprovadamente da detecção precoce de lesões invasivas. Mulheres fora desta faixa etária não devem ser incluídas rotineiramente no rastreamento, com exceção daquelas consideradas de alto risco, cujos critérios clínicos incluem história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau com menos de 50 anos, câncer de mama masculino, câncer de ovário em qualquer idade e diagnóstico histopatológico de lesões proliferativas atípicas. Já para mulheres com sinais e sintomas sugestivos como nódulo mamário, descarga papilar unilateral e espontânea, retração ou alteração do mamilo, espessamento cutâneo ou alterações visíveis, a abordagem deve seguir o fluxo de diagnóstico precoce clínico, com exame físico, solicitação de mamografia diagnóstica, encaminhamento oportuno para serviços especializados em Mastologia.

Importante destacar que o exame clínico das mamas apesar de ter sido por muito tempo recomendado não apresenta sensibilidade ou especificidade adequadas como método de rastreamento em mulheres assintomáticas. Assim, seu uso está restrito a situações clínicas específicas como parte do exame físico geral ou quando há queixas. O autoexame das mamas também não é mais recomendado como estratégia de rastreamento populacional, pois não há evidência de benefício em termos de desfechos clínicos, podendo inclusive aumentar a ansiedade e o número de intervenções desnecessárias.

A efetividade das ações de detecção precoce depende do funcionamento articulado de três eixos essenciais: 1- mulheres mobilizadas e informadas, que reconheçam os sinais de alerta e compreendam a importância do rastreamento sabendo quando e onde buscar atendimento, 2- profissionais capacitados e atuantes com competência técnica para examinar, interpretar resultados e tomar decisões clínicas adequadas e 3- rede de serviços estruturada, com acesso oportuno a mamografia, confirmação diagnóstica e tratamento, respeitando fluxos pactuados entre APS e atenção especializada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Mamografia: da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//mamografia-pratica-controle-2007.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 3 ago. 2025.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil. Acesso em: 23 jul. 2021.

MIGOWSKI, A.; CORRÊA, F. Recomendações para detecção precoce de câncer durante a pandemia de covid-19 em 2021. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, p.235-240, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33510/22826. Acesso em: 6 agosto 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS DE ESTÍMULO AO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER DE MAMA (Questão E55)

Padrão adotado

As estratégias de estímulo ao diagnóstico precoce do câncer de mama incluem a realização de campanhas e mutirões para ampliar o acesso à mamografia e exames clínicos. Envolvem identificação e busca ativa de mulheres na faixa etária prioritária ou com condição específica, garantindo a oferta ativa do rastreamento conforme critérios vigentes. Incluem-se ações de vigilância como controle de exames alterados e monitoramento da cobertura no território. A abordagem comunitária com debates sobre prevenção e rastreamento e a capacitação contínua da equipe de saúde fortalecem a qualidade e a efetividade das ações.

As estratégias para estimular o diagnóstico precoce do câncer de mama na APS devem articular ações de diagnóstico precoce e rastreamento de forma complementar, conforme orientações do Ministério da saúde e do INCA. O diagnóstico precoce envolve a identificação e investigação oportuna de sinais e sintomas suspeitos, como um nódulo mamário persistente, alterações cutâneas ou mamilares, descarga papilar sanguinolenta e linfadenopatia axilar, garantindo que mulheres com suspeitas sejam avaliadas com prioridade e encaminhadas para exames diagnósticos e tratamento em tempo adequado.

O rastreamento mamográfico, por sua vez, é recomendado para mulheres assintomáticas entre 50 e 69 com periodicidade bienal. Essa prática, quando realizada dentro de programas organizados com convites formais, controle de qualidade, segmento e monitoramento, apresenta maior efetividade e custo-efetividade, além de contribuir para a redução da mortalidade. É fundamental que os serviços de APS garantam cobertura adequada da população-alvo e integração com os demais pontos da rede de atenção à saúde para a continuidade do cuidado.

No campo da educação em saúde é essencial promover a breast awareness (conscientização sobre a saúde das mamas), incentivando as mulheres a conhecerem o aspecto habitual de suas mamas e a procurarem atendimento diante de qualquer alteração suspeita independentemente da idade. Essas ações educativas devem ocorrer em consultas, grupos, visitas domiciliares e campanhas comunitárias, valorizando a participação ativa das usuárias e respeitando aspectos culturais e contextuais do território.

É fundamental adotar estratégias ativas de busca e convocação das mulheres na faixa etária prioritária, utilizando dados do território e sistemas de informação para identificar aquelas que não foram rastreadas ou que possuem rastreamento desatualizado. Outra estratégia essencial é a oferta proativa dos exames de rastreamento para todas as mulheres elegíveis presentes na unidade, garantindo acesso oportuno e equitativo ao cuidado.

A organização do processo de trabalho na APS deve prever protocolos clínicos claros, acolhimento com escuta qualificada, registro adequado das ações no prontuário e utilização de sistemas como SISCan para monitoramento. A articulação com agentes comunitários de saúde e equipes multiprofissionais é estratégica para identificar precocemente casos suspeitos e reduzir barreiras de acesso, especialmente em populações vulneráveis ou de difícil alcance.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único De Saúde (CONITEC). Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/relatorio_ddt_carcionomademama_julho_2018.pdf. Acesso em: 9 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Mamografia: da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//mamografia-pratica-controle-2007.pdf. Acesso em: 9 ago. 2025.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva. Posicionamento sobre faixa etária para rastreamento (atualizado, 2025) (reafirma recomendações para 50–69 anos a cada 2 anos; útil para notas técnicas e educação permanente). Brasília: MS, 2025. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//posicionamento_inca_rastreamento_do_cancer_de_mama.pdf. Acesso em: 9 ago. 2025.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf. Acesso em: 9 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA DETECÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER (Questão E56)

Padrão adotado

As estratégias para detectar situações de violência contra a mulher envolvem um protocolo de atendimento que prioriza a identificação de sintomas físicos e psicológicos, além de uma escuta individual e sigilosa. O relato espontâneo da mulher deve ser respeitado, assim como os relatos de terceiros, como familiares e cuidadores. A visita domiciliar permite uma avaliação direta da situação. A discussão de casos em equipe multiprofissional é essencial para garantir uma abordagem integrada e eficaz.

As estratégias para a detecção de situações de violência contra a mulher na APS devem estar fundamentadas na integralidade do cuidado, no acolhimento humanizado e na articulação intersetorial. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres reconhece que a violência de gênero é uma violação dos direitos humanos que impõe as equipes de saúde de APS o dever de identificar, acolher e encaminhar adequadamente os casos, garantindo a proteção e o direito das usuárias em situação de violência.

A escuta qualificada é uma estratégia central nesse processo e os profissionais devem estar capacitados para reconhecer sinais indiretos de violência, como queixas vagas de dor crônica, transtornos do sono e sintomas depressivos que muitas vezes encobrem experiências de violência doméstica e sexual. O acolhimento sensível sem julgamento ou pressa é essencialmente para que a mulher se sinta segura para relatar sua vivência, pois o acolhimento deve transcender a abordagem puramente biologizante e considerar aspectos psicossociais, promovendo o vínculo e a confiança com a usuária.

Os protocolos de APS do Ministério da saúde orientam a adoção de fluxogramas específicos para mulheres em situação de violência sexual ou doméstica, que inclui desde a identificação precoce até o encaminhamento à rede de proteção social, jurídica e de segurança pública. Esses protocolos reforçam a importância de notificação compulsória dos casos e da atuação integrada com serviços, como centros de referência da mulher, defensorias públicas, delegacias da mulher e o ligue 180.

Outro componente relevante consiste na formação contínua das equipes para desconstruir estereótipos de gênero e reconhecer a violência como um problema de saúde pública. A literatura aponta que muitas vezes a violência permanece invisível nos serviços de saúde por falta de preparo dos profissionais e por uma lógica de atendimento centrada na queixa imediata. Portanto, investir em educação permanente e supervisão técnica é fundamental para transformar as práticas cotidianas e ampliar a capacidade de detecção precoce.

A notificação não depende do consentimento da vítima. Em casos de violência sexual exige-se condutas específicas como profilaxias, coleta de vestígios e atendimento em até 72 horas. A APS deve manter vínculo e garantir acompanhamento contínuo mesmo quando o caso for encaminhado.

Por fim, a detecção da violência na APS exige o fortalecimento das redes locais de enfrentamento com estratégias como reuniões intersetoriais, na construção de planos de cuidados compartilhados e integração com as políticas de assistência social. A Norma Técnica para Atenção Humanizada em Casos de Violência Sexual destaca que o atendimento deve evitar a revitimização, respeitar o sigilo e garantir suporte imediato e continuado, articulando os diferentes níveis do SUS e demais políticas públicas envolvidas.



Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: SPM/PR, 2011b. (Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, v. 1). Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: SPM/PR, 2011a. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

MENDONÇA, C. S. et al. Violência na atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2259, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018. Acesso em: 3 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER (Questão E57)

Padrão adotado

As ações diante da identificação de situações de violência devem seguir os princípios da proteção integral, articulando cuidado clínico individual ou em grupo, apoio psicossocial, notificação compulsória e encaminhamento à rede intersetorial. Espera-se postura ética, empática e proativa, assegurando acolhimento imediato, escuta protegida e acompanhamento longitudinal da mulher. A articulação com o CRAS, CREAS e serviços especializados é importante para garantir a segurança e a responsabilização dos agressores.

Violência contra a mulher pode ser definida como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada" (BRASIL, 2016, p. 213). Trata-se de um fenômeno complexo, que envolve dimensões sociais, culturais, econômicas e psicológicas, exigindo respostas integradas e sensíveis ao contexto de vida das mulheres.

O enfrentamento da violência requer uma resposta rápida, coordenada e humanizada, na qual a APS desempenha papel estratégico. Como as unidades básicas de saúde estão presentes em todos os territórios, a APS atua como porta de entrada preferencial, sendo responsável não apenas por identificar os casos, mas também por articular e coordenar o cuidado, garantindo que a mulher tenha acesso a intervenções de saúde e proteção social. O acolhimento inicial deve ocorrer com escuta ativa, empática e protegida, assegurando a privacidade da mulher, evitando exposição e fortalecendo o vínculo terapêutico.

A identificação precoce de situações de violência pode ser realizada por meio de protocolos de atendimento que integrem sinais físicos, psicológicos e comportamentais, antecipando a tradução da violência em sintomas ou queixas. O reconhecimento da unidade como espaço seguro e confiável é fundamental para que a mulher se sinta à vontade para relatar a violência, reforçando a importância da capacitação contínua das equipes e da criação de um ambiente acolhedor.

Nos casos identificados, mesmo quando houver necessidade de encaminhamento para serviços de referência, é essencial que o acompanhamento seja mantido simultaneamente na própria unidade de saúde, garantindo continuidade do cuidado, manutenção do vínculo e integralidade da atenção. Além disso, devem ser realizadas notificação compulsória, denúncias às autoridades competentes e articulação com CRAS/CREAS, assegurando que a mulher receba suporte clínico, psicológico e social de forma coordenada e contínua.

O acompanhamento em grupo, quando viável, representa um diferencial da APS, promovendo apoio mútuo, compartilhamento de experiências e fortalecimento emocional das participantes. A APS, portanto, assume um papel estratégico não apenas no acolhimento e na detecção de violência, mas também na promoção de direitos, prevenção de novas situações de risco e fortalecimento da autonomia feminina, sendo um elo central na rede intersetorial de proteção e cuidado às mulheres em situação de violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: SPM/PR, 2011a. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

INDICADOR:

DIVERSIDADE DE TEMAS ABORDADOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM (Questão E58)

Padrão adotado

As ações de promoção da saúde do homem devem incluir o incentivo ao autocuidado e ao autoconhecimento corporal, abordando temas como relações de gênero, masculinidades, sexualidade e paternidade responsável. Devem também orientar sobre métodos contraceptivos, desmistificar a vasectomia e tratar de questões como impotência sexual, envelhecimento saudável e andropausa. É importante promover a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e divulgar os direitos previstos em lei, fortalecendo o cuidado integral e a cidadania.

Historicamente, os homens têm menor procura por serviços de saúde, especialmente na APS, e apresentam adesão irregular a exames preventivos e acompanhamento clínico. Essa resistência gera não apenas maior custo financeiro para a sociedade, mas também intenso sofrimento físico, emocional e social para o próprio usuário e sua família.

Além disso, os serviços de saúde têm priorizado historicamente mulheres, crianças, adolescentes e idosos, o que contribui para o distanciamento dos homens, revelando lacunas na oferta de ações específicas para essa população. Compete, então, aos serviços desenvolverem ações de promoção e prevenção voltadas à saúde do homem, que abordem temas fundamentais para o fortalecimento do autocuidado e da corresponsabilidade masculina na manutenção da saúde.

A promoção da saúde do homem deve contemplar uma diversidade de temas que favoreçam o autocuidado, a prevenção de agravos e a autonomia sobre o próprio corpo. Portanto, o autocuidado e o autoconhecimento corporal são essenciais para a detecção precoce de alterações e a adoção de hábitos saudáveis. As relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais devem ser abordadas de forma crítica, promovendo reflexão sobre estereótipos, prevenção de IST/HIV e respeito à diversidade.

É papel da APS orientar sobre métodos contraceptivos temporários e definitivos, desmistificando a vasectomia, e apoiar a paternidade responsável, incentivando participação ativa na vida dos filhos e corresponsabilidade doméstica. Além disso, o acolhimento de queixas relacionadas à impotência sexual deve ser realizado de forma sensível, oferecendo orientação inicial, avaliação clínica e encaminhamento quando necessário.

A atenção à saúde do homem ao longo do ciclo de vida inclui cuidados com o envelhecimento saudável e a andropausa, promovendo acompanhamento longitudinal, hábitos de vida saudáveis e suporte psicológico, fortalecendo a qualidade de vida e autonomia. Também é importante abordar a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, por meio de avaliação de riscos ocupacionais, orientação e articulação com políticas de saúde do trabalhador.

Por fim, o acesso e conhecimento dos direitos legais, como licença paternidade e licença médica, devem ser incorporados às ações de promoção da saúde, fortalecendo a corresponsabilidade familiar, social e o protagonismo masculino na manutenção da própria saúde.

Essas ações devem ser conduzidas de forma integrada e sensível às especificidades do público masculino, estimulando o diálogo, o reconhecimento das vulnerabilidades e a adoção de práticas de cuidado contínuo. Além disso, é essencial que os serviços garantam estratégias de acesso facilitado como horários flexíveis e atendimento adaptado à realidade local, de modo a promover a aproximação dos homens aos serviços de saúde e consolidar a atenção integral como prática cotidiana na APS.

Os profissionais de saúde devem reconhecer a diversidade das masculinidades, entendendo-as como construções históricas e socioculturais em constante transformação. Ser homem ou mulher envolve dimensões tanto do masculino quanto do feminino, e essas representações coexistem no imaginário social. A atenção à saúde masculina deve considerar diferenças de idade, classe social, cor da pele, local de moradia, situação prisional, deficiência e identidade de gênero, garantindo equidade, respeito e efetividade das ações de cuidado.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, C.C. et al.. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: 15 anos de importantes avanços e persistentes desafios. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 29, suppl 1 e250258. ISSN 1807-5762. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.250258. Acesso em: 19 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM (Questão E59)

Padrão adotado

As ações de saúde do homem devem contemplar a abordagem da história familiar e fatores de risco, com atenção a sinais e sintomas de câncer de próstata e de lesões de pele suspeitas. Devem incluir a decisão compartilhada sobre o PSA em homens assintomáticos, o manejo de disfunção erétil, prevenção e tratamento de IST e de uso nocivo de álcool e outras drogas, além da identificação de sofrimento mental. É essencial incentivar a adesão aos cuidados de saúde, promover grupos de discussão sobre masculinidades e violência, e identificar agravos relacionados ao trabalho e situações de violência doméstica ou em espaços públicos.

A atenção à saúde do homem constitui uma área estratégica das políticas públicas de saúde, com crescente reconhecimento da necessidade de enfrentar desigualdades de acesso, altos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e padrões culturais que dificultam o autocuidado.

Para além das ações de prevenção e promoção da saúde, compete aos serviços de APS desenvolver práticas assistenciais que contemplem o cuidado integral à saúde do homem. Nesse contexto, as equipes devem iniciar a atenção a partir de uma abordagem completa da história familiar, social e ocupacional, identificando fatores de risco individuais e coletivos, incluindo histórico de doenças crônicas, câncer, uso de substâncias e exposição a situações de violência.

A observação de sinais e sintomas de câncer de próstata, rastreamento de lesões de pele suspeitas e demais condições clínicas relevantes, deve ser sistemática, assim como a realização de exames preventivos de acordo com protocolos nacionais. A APS deve ainda garantir a decisão compartilhada sobre o PSA em homens assintomáticos, respeitando a autonomia do usuário, e oferecer manejo clínico da disfunção erétil e impotência sexual, com encaminhamento para especialistas quando necessário.

O cuidado integral também envolve a prevenção e tratamento de IST, abordagem do uso nocivo de álcool e outras drogas, e identificação precoce de sofrimento mental, com acolhimento qualificado, orientação psicológica e encaminhamentos à rede de atenção psicossocial. A APS deve estimular a adesão a consultas e tratamentos, monitorando a frequência, reforçando vínculos e realizando busca ativa de usuários com seguimento irregular.

É recomendado que os serviços promovam grupos de discussão sobre masculinidades, violência, sexualidade e comportamentos de risco, fortalecendo habilidades de autocuidado, reflexão crítica sobre papéis de gênero e vínculos comunitários. As equipes devem identificar agravos relacionados ao trabalho, como acidentes e doenças ocupacionais, além de situações de violência doméstica ou em espaços públicos, oferecendo acolhimento seguro, orientação legal e articulação com CRAS, CREAS, conselhos tutelares e rede de proteção. A promoção da saúde também pode ocorrer em locais de convivência masculina, como barbearias, oficinas, clubes e espaços esportivos, ampliando o acesso e facilitando o engajamento.

Para efetivação da Política Nacional da Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) os profissionais de saúde e gestores precisam reorganizar a APS, qualificando o acolhimento e a vinculação dos homens às equipes. Além de articular com as redes de atenção à saúde para a definição de fluxos entre os diferentes níveis de atenção que favoreçam a integralidade, a equidade e a resolutividade da APS.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, C.C. et al.. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: 15 anos de importantes avanços e persistentes desafios. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 29, suppl 1 e250258. ISSN 1807-5762. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.250258. Acesso em: 19 out. 2025,

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO À SAÙDE DA POPULAÇÃO NEGRA (Questão E60)

Padrão adotado

As ações de saúde voltadas à população negra devem assegurar o cuidado integral, com atenção às doenças mais prevalentes, à saúde mental e às situações de violência. Devem incluir a avaliação das condições de trabalho, a orientação sobre o direito de registrar Boletim de Ocorrência em casos de racismo e o enfrentamento do estigma e da discriminação. As equipes devem estar preparadas para reconhecer a violência institucional, promover educação em saúde e realizar letramento racial, fortalecendo a equidade e o respeito.

Com inúmeros desafios ao direito à saúde, e embora haja avanços no campo da saúde pública e dos direitos humanos no Brasil, esses avanços ainda são limitados ou limitantes quando se consideram as desigualdades étnico-raciais e o efeito estruturante do racismo na organização social e nas políticas do Estado.

Fatores como emprego, renda, educação, moradia, saneamento básico e acesso ao esporte, à cultura e ao lazer continuam fortemente relacionados às condições de saúde. Essas desigualdades incidem de maneira mais intensa sobre a população negra brasileira, revelando a persistência de barreiras estruturais que comprometem a equidade e o pleno exercício do direito à saúde.

A partir da publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral das pessoas negras e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

As ações de saúde voltadas à população negra devem garantir atenção integral, contemplando atenção à agravos de maior vulnerabilidade, como anemia falciforme, hipertensão e diabetes, o que exige atenção clínica contínua, acompanhamento longitudinal e estratégias de prevenção e manejo adequadas. A APS deve garantir rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e monitoramento desses agravos, fortalecendo o vínculo com os usuários e promovendo autocuidado e adesão ao tratamento.

Além do cuidado clínico, a atenção integral envolve avaliação das condições de trabalho e de fatores sociais que impactam a saúde, incluindo saúde mental e situações de violência doméstica ou comunitária, garantindo acolhimento, identificação precoce e articulação com a rede de proteção social. As equipes devem orientar sobre direitos legais, como abertura de boletim de ocorrência em casos de racismo ou intolerância étnico-racial, e atuar no combate ao estigma, discriminação e violência institucional, promovendo espaços de escuta protegida e acolhimento seguro.

A promoção da saúde também deve ser exercida de forma coletiva, por meio de atividades de educação em saúde direcionadas a coletivos negros, incentivando o autocuidado, a prevenção de agravos e a valorização da cultura e identidade racial. É fundamental que as equipes participem de ações de letramento racial, aprimorando competências para reconhecer desigualdades, enfrentar práticas discriminatórias e fortalecer a sensibilidade cultural no atendimento cotidiano.

A integração dessas ações garante que a APS funcione como porta de entrada estratégica e coordenadora do cuidado, promovendo atenção integral, proteção social e equidade para a população negra em todas as fases da vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf/view. Acesso em: 15 ago. 2025.

SOUZA, D. H.; ROCHA, D. G.; NUNES, N. R. de A. Saúde da população negra na formação em saúde: perspectivas rumo à equidade racial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, e02992024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02992024. Acesso em: 16 ago. 2025.

ARAÚJO, I. L. F.; RIBEIRO, L. P. A saúde da população negra e as políticas no século XX: é nas encruzilhadas que encontramos resistências, emancipações e mortes. Cadernos de Saúde Pública, v. 41, n. 4, e00080224, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT080224. Acesso em: 18 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA ATENÇÃO À SAÙDE DE PESSOAS TRANS
(Questão E61)

Padrão adotado

As ações de saúde para pessoas TRANS devem garantir o uso do nome social e o registro da identidade de gênero, abordar vulnerabilidades sociais, violência e saúde mental, e oferecer orientação sobre saúde sexual e rastreamento de câncer. É essencial assegurar o direito ao uso do banheiro conforme a identidade de gênero, combater estigma e discriminação, enfrentar a violência institucional. Devem ainda incluir acompanhamento do processo transexualizador na unidade ou em conjunto do serviço especializado, além da educação permanente das equipes de saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme estabelece a Constituição de 1988, que determina que o acesso deve ser universal e igualitário. No entanto, determinados grupos sociais enfrentam barreiras estruturais e históricas que dificultam ou impedem o acesso adequado aos serviços de saúde, e a população transsexual, travesti e transgênero está entre os mais vulnerabilizados. O histórico de violência, exclusão e marginalização dessas pessoas no Brasil evidencia a necessidade de atenção integral e centrada nas especificidades desse grupo.

A APS como porta de entrada preferencial do SUS, deve assegurar o registro do nome social e da identidade de gênero nos sistemas de informação, bem como o uso do nome social em todos os atendimentos, promovendo acolhimento, respeito e segurança em todas as interações com o serviço de saúde.

No âmbito do cuidado clínico e social, as equipes de APS devem realizar diagnóstico e acompanhamento de condições de vulnerabilidade individual e social, incluindo situações de violência e sofrimento em saúde mental, garantindo escuta qualificada, acolhimento, vínculo e acompanhamento longitudinal.

É essencial oferecer orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos e rastreamento de cânceres de colo de útero, mama e próstata, de forma individualizada e respeitosa, considerando as especificidades de cada pessoa trans. A atenção deve também contemplar orientações sobre o uso de banheiros de acordo com a identidade de gênero, informações sobre direitos sociais e ações efetivas de combate ao estigma, discriminação e preconceito, incluindo a identificação e enfrentamento da violência institucional.

As situações de violência requerem atenção imediata e coordenada, com notificação compulsória, discussão de casos em equipe multiprofissional ou via eMulti e encaminhamento para serviços especializados quando necessário.

No contexto do processo transexualizador, a APS tem papel estratégico no acompanhamento da hormonização na unidade, na coordenação com ambulatórios especializados e no acompanhamento contínuo, garantindo segurança e integralidade do cuidado.
Por fim, a educação permanente das equipes é fundamental para fortalecer competências, sensibilizar profissionais, consolidar práticas inclusivas e assegurar que a APS seja um espaço seguro, resolutivo e acolhedor para toda a população trans.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/populacao-lgbtqiapn/publicacoes. Acesso em: 19 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA. Cartilha Nacional de Serviços Públicos de Saúde para a Pessoa Trans: Rede de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Especializados. Itabuna: UFSB; 2021. Disponível em: https://ufsb.edu.br/proaf/images/SEPSE/documentos/Cartilha_Nacional_de_Servi%C3%A7os_P%C3%BAblicos_de_Sa%C3%BAde_para_a_pessoa_trans.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA DETECÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS LGBTQIAPN+
(Questão E62)

Padrão adotado

As estratégias para detectar situações de violência contra pessoas LGBTQIAPN+ envolvem um protocolo de atendimento que prioriza a identificação de sintomas físicos e psicológicos, além de uma escuta individual e sigilosa. É preciso respeitar e valorizar o relato espontâneo da vítima, bem como ouvir relatos de terceiros, como familiares e cuidadores. A visita domiciliar permite uma avaliação direta da situação, e a discussão de casos em equipe multiprofissional é essencial para garantir uma abordagem integral e multiprofissional.

A violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pansexuais/Poli, Não-binários e outras identidades (LGBT+) marca profundamente o dia a dia dessa população. Seu conceito vai além da agressão física com intuito de aniquilação, incluindo toda forma de ação que busca excluí-los simbólica e coletivamente da sociedade.

O atendimento baseado em um protocolo estruturado é fundamental para guiar a atuação profissional na identificação, acolhimento e seguimento de situações de violência. Este instrumento deve orientar, de forma ética e segura, todo o processo, desde a chegada da pessoa ao serviço até a sua integração em uma rede de cuidado.

O primeiro contato deve ser pautado pela valorização do relato espontâneo e pela garantia de uma escuta individual e sigilosa, criando um ambiente de confiança onde a pessoa se sinta acolhida para compartilhar sua experiência. Paralelamente, a identificação de sintomas e queixas físicas e psicológicas serve como um elemento crucial para corroborar indícios de violência, muitas vezes não verbalizados. A escuta de relatos de terceiros, como familiares, cuidadores ou vizinhos, também pode fornecer informações valiosas, que devem ser analisadas com discrição.

A complexidade inerente a esses casos exige uma abordagem coletiva. A discussão de casos em equipe e, quando necessário, a discussão com uma eMulti ou equipe de apoio multiprofissional são etapas vitais para a construção de um plano de ação integrado e eficaz, assegurando que as dimensões sejam devidamente contempladas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: MS, 2011. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/populacao-lgbtqiapn/publicacoes Acesso em: 29 out. 2025.

FARIA, M. A.; GOMES, M. C. A.; MARIA MODENA, C. Estratégias de enfrentamento diante das violências contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 33, n. 1, e33010538, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202433010538. Acesso em: 29 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS LGBTQIAPN+ (Questão E63)

Padrão adotado

Em caso de violência contra pessoas LGBTQIAPN+ deve-se ter uma abordagem integrada e acolhedora. O protocolo de atendimento deve ser seguido para garantir um acolhimento adequado e humanizado, assim como a denúncia ao Disque 100. A discussão do caso com o CRAS/CREAS oferece apoio especializado e acompanhamento psicossocial. É fundamental orientar sobre o direito de abertura do boletim de ocorrência, bem como realizar a notificação compulsória à vigilância epidemiológica. A consulta compartilhada com os profissionais da unidade e a discussão com a eMulti fortalecem a rede de promoção, promovendo um cuidado integral e eficaz.

A APS, devido sua capilaridade e caráter longitudinal, ocupa posição estratégica na detecção, acolhimento e encaminhamento de casos de violência contra pessoas LGBTQIAPN+, as quais estão expostas à múltiplas vulnerabilidades decorrentes da heteronormatividade estrutural e institucional, que se expressa em formas explícitas ou veladas de exclusão, discriminação e violência física, psicológica, sexual e simbólica nos serviços de saúde e na sociedade em geral. A pesquisa nacional de saúde de 2019 identificou que pessoas LGBTQIAPN+ tem mais do que o dobro de chances de sofrer algum tipo de violência em comparação à população heterossexual, com destaque para a maior prevalência de violência psicológica e física entre mulheres lésbicas e bissexuais e de violência sexual entre homens gays e bissexuais. Nesse contexto, cabe às equipes de saúde identificarem sinais de violência e vulnerabilidade durante os atendimentos, nas visitas domiciliares e ações comunitárias.

Deve-se garantir o acolhimento qualificado, respeitoso e livre de julgamento, assegurando o sigilo e a escuta ativa na identificação de violência contra essa população, o que exige preparo técnico e sensibilidade ética da equipe, que deve ser capacitada continuamente quanto às especificidades dessa população, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas Gays Bissexuais Travestis e Transexuais.

Entre as ações preconizadas na APS estão o acolhimento imediato, escuta qualificada das vítimas, avaliação do risco e encaminhamento para redes de proteção social e serviços especializados como CRAS/CREAS, defensoria pública, delegacias especializadas, entre outros.

Outras ações são fundamentais, como o registro da ocorrência no sistema de informação de agravos de notificação compulsória, quando aplicável, a articulação com a rede intersetorial para garantir acesso e a proteção assistência jurídica, promoção e proteção da saúde mental e apoio psicossocial, o fortalecimento do vínculo e o combate a práticas discriminatórias dentro do próprio serviço de saúde, além das medidas assistenciais.

As unidades básicas de saúde devem promover ações de educação em saúde voltadas à desconstrução de estigmas, ao enfrentamento da LGBTfobia e a valorização da diversidade sexual e de gênero. Essas ações podem incluir rodas de conversas, grupos educativos, atividades culturais e campanhas específicas com participação ativa da comunidade LGBTQIAPN+ na formulação das estratégias. A abordagem comunitária fortalece o cuidado centrado na pessoa com base nos princípios de equidade, integralidade e participação social. Por fim, é imprescindível que os serviços da APS estejam alinhados aos marcos normativos e direitos humanos e as políticas públicas de saúde e direitos da população LGBTQIAPN+. Isso implica na institucionalização de protocolos de atendimento, ações de formação permanente da equipe e o compromisso da gestão local em garantir ambientes seguros e acolhedores. A atuação responsável e proativa das equipes de saúde pode contribuir significativamente para a quebra do ciclo de violências e para a efetivação do direito à saúde com dignidade e respeito à diversidade.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. V. R. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações de Saúde Coletiva no Brasil. Saúde em Debate, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DkZJz3V4kfLczm7Qbvpr3Xh. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica – Cuidado e acolhimento à população LGBT+ na Atenção Primária à Saúde (APS). Ceará: SES-CE, 2018. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota_Tecnica_Cuidado_e_Acolhimento_a_Populacao_LGBT_na_atencao_primaria_a_saude_APS.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: diretrizes para atenção à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais. Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

FERREIRA, L. M.; BATISTA, G. C.; BOILLET, L. M. E. Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 19, art. 3594, 2024. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3594. Acesso em: 3 ago. 2025.

GONÇALVES, E. F. M. et al. Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo no Brasil. Saúde e Debate, v. 47, n. spe1, p. e9135, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MWrKPVtTpZ66v9tZhNNTjSm/?lang=pt. Acesso em: 3 ago. 2025.

REIS, A. A.; CARVALHO, H. R. de. Atenção Primária à Saúde e população LGBTI+: revisão integrativa. Saúde Debate, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bdLzsrYXBnwhkdJDcwLn3SQ/?lang=pt. Acesso em: 3 ago. 2025.

VASCONCELOS, N. M. et al. Violência contra pessoas LGB+ no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 26 (Supl. 1), e230005, 2023. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rbepid/2023.v26suppl1/e230005/pt/. Acesso em: 3 ago. 2025.

1.11.8 Domínio: Gestação e Puerpério

O cuidado à gestação e ao puerpério é um dos componentes mais tradicionais da AB e possui impacto direto na redução de desfechos adversos e na promoção da saúde materna e neonatal. Boas práticas nesse campo incluem o início oportuno do pré-natal até 12 semanas, a realização sistemática de exames durante o pré-natal e o manejo adequado de gestações de risco e de infecções maternas, como o HIV e sífilis gestacional.

Para além do seguimento pré-natal em si, o acompanhamento contínuo durante o puerpério imediato e tardio e a articulação com a rede especializada são fundamentais para garantir a continuidade e a efetividade do cuidado. Essas práticas, que garantem a resposta rápida e a redução de riscos, fortalecem o vínculo entre a equipe e as mulheres, promovendo o cuidado integral.

Quadro 15 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Gestação e Puerpério. QualiAB, 2025

Domínio: Gestação e Puerpério (12 indicadores)	
Questão	**Indicadores**
E64	Estratégias de comunicação do resultado do teste de gravidez
E65	Proporção de gestantes com Início do Pré-natal no primeiro trimestre
E66	Ações realizadas no primeiro atendimento de pré-natal
E67	Ações realizadas na rotina de seguimento do pré-natal de baixo risco
E68	Exames solicitados no Pré-natal de baixo risco
E69	Acompanhamento dos casos de gestação de alto risco
E70	Ações realizadas nos casos de diagnóstico de sífilis gestacional
E71	Tratamento com penicilina benzatina na unidade básica das gestantes com sífilis e suas parcerias
E72	Ocorrência de casos de sífilis congênita em que o pré-natal foi realizado na unidade
E73	Local onde é realizado o pré-natal de gestantes vivendo com HIV
E74	Ações realizadas na atenção ao puerpério imediato
E75	Ações realizadas na atenção ao puerpério tardio

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE DE GRAVIDEZ (Questão E64)

Padrão adotado

A comunicação do resultado do teste de gravidez deve sempre considerar se a gestação é ou não desejada, de modo a acolher e orientar adequadamente a mulher em relação ao resultado do exame e aos encaminhamentos necessários, respeitando seu direito de escolha e o acesso ao planejamento reprodutivo.

A atenção à suspeita de gravidez deve começar com uma escuta qualificada, logo no primeiro contato da mulher com o serviço de saúde com suspeita de gravidez, identificando se a possível gestação foi planejada, se é desejada, se há apoio do parceiro ou rede de apoio, e outros fatores que impactam diretamente na orientação e na tomada de decisão. É essencial que a comunicação do resultado considere as informações levantadas na escuta inicial, pré-teste, possibilitando um acolhimento individualizado e livre de julgamentos.

Quando o resultado do teste é positivo e a gravidez desejada, o profissional deve criar um ambiente seguro para esclarecer dúvidas, envolver parceiros ou familiares, se a mulher assim desejar, e organizar o início do pré-natal, com explicação e consentimento sobre os exames e procedimentos indicados. Nestes casos, resultados negativos também requerem acolhimento e orientações que facilitem a concepção ou avaliem a necessidade de investigação clínica.

Para casos de resultados positivos e gravidez não desejada, destaca-se a importância de um atendimento que considere as especificidades de cada situação. Os motivos podem ser variados, como ausência de um parceiro fixo, falta de rede de apoio, dificuldades sociais e econômicas ou mesmo casos de violência sexual, entre outros. A escuta das motivações permite uma primeira reflexão conjunta e o acolhimento de suas preocupações. Em situações em que é identificado o desejo de interrupção da gravidez, e que não se enquadrem nos critérios de aborto legal, deve-se orientar sobre os riscos do abortamento inseguro e assegurar acolhimento e continuidade do seguimento.

Resultados negativos de gestação não desejada requerem a orientação de contracepção, avaliação de situações de exposição e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com as questões trazidas em cada caso.

Em situações de gravidez por estupro ou condições nas quais a gravidez representa risco de vida para a mulher por condições de saúde pregressas, deve-se discutir a possibilidade de aborto legal, sempre respeitando-se a escolha da gestante. Nesses contextos, é indispensável o suporte de equipe multiprofissional, com orientação legal, apoio psicossocial e garantia de acesso a todos os direitos previstos em lei.

REFERÊNCIAS

ANIS – INSTITUTO DE BIOÉTICA. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Brasília: LetrasLivres, 2021. https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/CARTILHA_FINAL-Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

INDICADOR:

PROPORÇÃO DE GESTANTES COM INÍCIO DO PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE (Questão E65)

Padrão adotado

Valoriza-se que 80% ou mais das gestantes acompanhadas pela unidade iniciem o pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre é fundamental para o rastreamento e diagnóstico precoce de condições de risco obstétrico, doenças pré-existentes ou intercorrências, além de permitir intervenções e orientações que contribuem para a redução de complicações durante a gestação e o parto.

A identificação precoce de gestantes pode ocorrer por meio de demanda espontânea na unidade, consultas de rotina, oferta de testes rápidos de gravidez, mas também, pelas ações realizadas no território, como as visitas domiciliares periódicas realizadas pelos ACS.
A importância da captação precoce para início do pré-natal até a 12ª semana de gestação é reforçada pelo Ministério da Saúde como um dos componentes de boas práticas para atenção à gestação e ao puerpério.

Proporções de 80% ou mais de gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre indicam que o serviço está organizado para realizar busca ativa e responder de forma oportuna às necessidades de saúde das mulheres, fortalecendo a integralidade e a resolutividade da atenção oferecida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota metodológica C3 - Cuidado na gestação e puerpério. Brasília, agosto de 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c3-cuidado-na-gestacao-e-puerperio. Acesso em: 15 jul. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NO PRIMEIRO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL
(Questão E66)

Padrão adotado

Espera-se que o primeiro atendimento de pré-natal seja realizado no mesmo dia da confirmação da gravidez, abordando as expectativas da gestante em relação à gestação, seu contexto familiar, social e condições de trabalho. O atendimento deve incluir: avaliação do estado nutricional; realização de testes rápidos para HIV e sífilis; a prescrição de suplementação conforme protocolos; identificação do risco gestacional; e o encaminhamento para o pré-natal odontológico. Somam-se a essas medidas, orientações sobre uso seguro de medicamentos, prevenção de arboviroses, riscos do tabagismo, álcool e outras drogas.

A execução de medidas específicas logo no primeiro atendimento pré-natal é fundamental para reduzir riscos, identificar precocemente possíveis condições de vulnerabilidade e fortalecer o vínculo com a usuária, qualificando todo o acompanhamento da gestação.

O início das orientações no mesmo dia do teste positivo garante maior vínculo, especialmente ao se reconhecer as condições de vida e expectativas em relação à gestação. Outro aspecto de grande importância é abordar as condições de trabalho, em relação à inserção formal ou informal, incluindo o trabalho doméstico, pois colocam questões e desafios que envolvem direitos que podem requerer esclarecimentos.

O primeiro atendimento deve incluir um conjunto de medidas: identificação inicial de possíveis condições de alto risco; a avaliação do estado nutricional, com orientações sobre ganho de peso; a solicitação de exames e a realização de testes rápidos para HIV e sífilis, com consentimento esclarecido sobre cada exame; a prescrição de suplementação conforme protocolos (ferro, ácido fólico e cálcio); e o encaminhamento para o pré-natal odontológico. Somam-se a essas medidas, orientações sobre uso seguro de medicamentos, prevenção de arboviroses, riscos do tabagismo, álcool e outras drogas.

A caderneta da gestante é um documento que garante à mulher a posse de todas as informações clínicas, importantes no caso de intercorrências e atendimento em outros serviços de saúde, além de conter orientações sobre direitos sociais e sobre as características de cada fase da gestação.

A realização completa dessas ações já na primeira consulta demonstra que o serviço está organizado para oferecer cuidado integral e resolutivo desde o início da gravidez, garantindo que a gestante receba informações e intervenções essenciais de forma oportuna, acolhedora e de acordo com suas necessidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf . Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Cartilha de orientação à trabalhadora gestante e lactante da FIOCRUZ. Disponível em: https://fiocruz.br/sites/fiocruz.br/files/documentos/cartilha_enfermagem_final_10082021.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ROTINA DE SEGUIMENTO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO (Questão E67)

Padrão adotado

Espera-se que o seguimento do pré-natal de baixo risco seja realizado de forma multiprofissional, contínua e integral, valorizando os atendimentos intercalados entre enfermeiros(as) e médicos(as), incorporando pelo menos seis consultas periódicas, com envolvimento das parcerias e com seguimento mais frequente de gestantes em situação de vulnerabilidade e em gestantes entre 36ª e 41ª semanas. É essencial que o acompanhamento incorpore grupos com as gestantes e parcerias e orientações sobre o trabalho de parto, visita a maternidade de referência e a elaboração do plano de parto. Deve-se também atentar a vacinação de DTPa após a 20ª semana, suplementação de ferro e orientações sobre aleitamento e apoio às mulheres que não poderão amamentar.

A oferta regular de ações essenciais ao longo de todo o acompanhamento do pré-natal de baixo risco fortalecem a qualidade do cuidado materno-infantil e são fundamentais para detectar precocemente alterações, promover vínculo e preparar a gestante, o(a) parceiro(a) e a família para o parto, o nascimento e o puerpério.

Entre as ações que qualificam o seguimento pré-natal na APS destacam-se o compartilhamento das consultas entre médico e enfermeiro, estratégia que amplia a resolutividade, favorece a abordagem integral e fortalece o vínculo longitudinal com a gestante. O cumprimento de, no mínimo, seis consultas, distribuídas de forma oportuna ao longo da gestação, é fortemente recomendado pois possibilita o acompanhamento da evolução gestacional, a prevenção e identificação precoce de agravos.

Soma-se a isso a prescrição e o monitoramento da suplementação de ferro a partir da 20ª semana, medida essencial para a preve A realização de grupos periódicos para gestantes configura importante estratégia de educação em saúde e se articula diretamente às ações de orientação qualificada sobre a gestação, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Esses espaços coletivos favorecem o compartilhamento de informações baseadas em evidências, a troca de experiências e o fortalecimento do protagonismo das mulheres, ao mesmo tempo em que contribuem para a redução de medos, inseguranças e intervenções desnecessárias.

Nesse contexto, a elaboração do plano de parto, construída de forma compartilhada entre a gestante, sua parceria e a equipe de saúde, consolida-se como ferramenta fundamental para assegurar a autonomia da mulher, respeitar suas preferências e alinhar expectativas com os serviços da rede de atenção ao parto.

Também integram essa rotina o seguimento diferenciado para gestantes em situação de maior vulnerabilidade social, considerando determinantes sociais que podem impactar o acesso, à adesão e os desfechos da gestação. As consultas semanais no último mês de gestação possibilitam monitoramento mais próximo, a identificação precoce de sinais de risco e o reforço das orientações para o momento do parto. Soma-se a isso o incentivo e o apoio ao aleitamento materno desde o pré-natal, com orientação técnica e acolhedora, bem como o suporte específico às mulheres que não poderão amamentar.

A realização do pré-natal do parceiro ou parceira amplia o cuidado para além da gestante, fortalecendo o apoio familiar, promovendo corresponsabilização do parceiro. É direito da gestante conhecer a maternidade onde será realizado seu parto e que é referência em caso de intercorrências. A organização da visita pode ser feita em grupo, se possível com a participação da parceria, em geral no terceiro trimestre da gestação.

REFERÊNCIAS

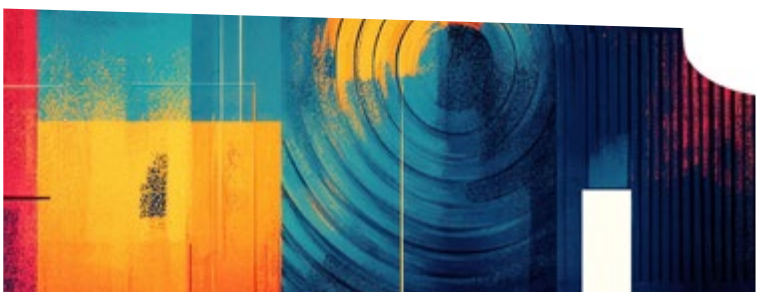
BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 73 p.il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf. Acesso em: 15 jul.2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. Cartilha de orientação à trabalhadora gestante e lactante da FIOCRUZ. Disponível em: https://fiocruz.br/sites/fiocruz.br/files/documentos/cartilha_enfermagem_final_10082021.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.



INDICADOR:

EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

(Questão E68)

Padrão adotado

No primeiro trimestre/primeiro atendimento: urina I, urocultura, hemograma ou eritrograma (Hb e Ht), glicemia de jejum, e as sorologias para sífilis, HIV/aids, toxoplasmose e hepatites virais (B e C), tipagem sanguínea e fator Rh. No terceiro trimestre: repetir urina I, urocultura, hemograma ou eritrograma (Hb e Ht), glicemia de jejum, e as sorologias para sífilis, HIV/aids e hepatites virais (B e C). De 24 a 28 semanas: teste de intolerância à glicose e Coombs indireto, caso Rh negativo.

No primeiro trimestre ou no primeiro atendimento, os exames solicitados têm como objetivo principal estabelecer um diagnóstico inicial abrangente, identificar condições pré-existentes ou precocemente adquiridas e prevenir agravos com potencial impacto materno e fetal. A realização de urina tipo I e urocultura possibilita a detecção de infecção urinária, condição frequentemente assintomática na gestação e associada a maior risco de parto prematuro. O hemograma ou eritrograma (hemoglobina e hematócrito) permite a identificação de anemia, enquanto a glicemia de jejum contribui para o rastreamento de alterações metabólicas já presentes no início da gestação.

Os testes rápidos e sorologias para sífilis, HIV/aids, toxoplasmose e hepatites virais B e C são fundamentais nesse primeiro atendimento para o diagnóstico precoce de infecções transmissíveis, possibilitando tratamento oportuno e a prevenção da transmissão vertical. A tipagem sanguínea e a determinação do fator Rh permitem identificar situações de incompatibilidade sanguínea, orientando o seguimento adequado desde o início do pré-natal. Entre a 24ª e a 28ª semanas de gestação, período marcado por maior resistência insulínica fisiológica, a realização do teste de intolerância à glicose é indicada para o diagnóstico do diabetes gestacional, condição associada a aumento do risco de complicações obstétricas e neonatais quando não identificada e manejada precocemente. Nesse mesmo intervalo, a solicitação do teste de Coombs indireto, nos casos de gestantes Rh negativo, permite detectar precocemente a sensibilização materna, orientando medidas preventivas e o acompanhamento adequado para evitar a doença hemolítica do recém-nascido.

No terceiro trimestre, a repetição de exames estratégicos — urina tipo I, urocultura, hemograma ou eritrograma (Hb e Ht), glicemia de jejum e sorologias para sífilis, HIV/aids e hepatites virais B e C — tem como finalidade monitorar alterações que podem surgir ou se agravar ao longo da gestação, além de identificar infecções adquiridas tardiamente. Essa reavaliação é fundamental para o planejamento do parto, a adoção de medidas preventivas no período perinatal e a garantia de maior segurança para a gestante e o recém-nascido.

A organização do pré-natal a partir dessa lógica de solicitação e repetição de exames fortalece a capacidade da APS de identificar precocemente agravos, coordenar o cuidado e realizar encaminhamentos oportunos para serviços de alto risco, quando necessário, contribuindo para a redução de complicações evitáveis e para a qualificação dos desfechos maternos e neonatais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão Vertical HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Exames de Rotina do Pré-Natal. Rio de Janeiro, 11 out. 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal. Acessoem: 22 jul. 2025.

INDICADOR:

ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
(Questão E69)

Padrão adotado

Espera-se que o serviço identifique precocemente as gestantes de alto risco, realize o encaminhamento para os serviços de referência e mantenha o acompanhamento compartilhado na própria unidade de saúde, garantindo o vínculo e a continuidade do cuidado.

Este indicador avalia se a equipe é capaz de identificar, encaminhar e acompanhar adequadamente os casos de gestação de alto risco, conforme protocolos vigentes.

São consideradas gestantes de alto risco aquelas com condições preexistentes, como cardiopatias, nefropatias, diabetes mellitus e outras doenças crônicas; histórico reprodutivo de intercorrências, como doença hipertensiva da gestação com desfecho desfavorável, abortamentos de repetição, óbito fetal ou perinatal de causa não esclarecida; ou ainda situações que surgem durante a gestação atual, como distúrbios hipertensivos, gemelaridade, alterações no volume de líquido amniótico (oligoâmnio ou polidrâmnio), entre outras. A identificação dessas condições deve ser seguida do encaminhamento para serviço especializado.

O acompanhamento compartilhado entre a APS e o serviço de referência fortalece o vínculo com a gestante, garante o monitoramento contínuo de sinais de alerta e amplia a segurança e a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NOS CASOS DE DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL (Questão E70)

Padrão adotado

Espera-se que o serviço realize tratamento com penicilina benzatina conforme protocolo vigente, convocação da parceria para testagem e tratamento, notificação para vigilância epidemiológica e acompanhamento laboratorial com controle mensal do VDRL. Quando necessário, deve ser feito o encaminhamento da gestante alérgica à penicilina para dessensibilização em serviço de referência.

A realização do tratamento adequado com penicilina benzatina, única terapia eficaz e segura para gestantes, é o principal diferencial para prevenir a transmissão vertical. O teste rápido para sífilis é capaz de detectar os anticorpos contra o Treponema pallidum, e após um resultado positivo (reagente), pode-se iniciar o tratamento apenas com este teste.

A administração correta da medicação, na dose e no esquema preconizados, associada ao início do tratamento com pelo menos 30 dias de antecedência do parto, em gestantes diagnosticadas no terceiro trimestre, aumenta significativamente as chances de cura materna e de proteção do bebê.

Outro aspecto que se destaca no manejo da sífilis gestacional é a convocação e o tratamento da parceria sexual. Essa ação é essencial para interromper a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção da gestante, assegurando a efetividade do tratamento realizado.

Além disso, a equipe deve garantir a notificação compulsória do caso para vigilância epidemiológica e realizar o controle mensal do VDRL para monitorar a resposta sorológica. Quando necessário, encaminhar gestantes alérgicas à penicilina para dessensibilização em serviços de referência, evitando que a alergia impeça o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão Vertical HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

INDICADOR:

TRATAMENTO DE GESTANTE COM SÍFILIS E PARCERIAS COM PENICILINA BENZATINA NA UNIDADE BÁSICA

(Questão E71)

Padrão adotado

As gestantes com sífilis e sua(s) parceria(s) devem ser tratadas com penicilina benzatina na própria Unidade.

A gestante com sífilis deve ser tratada na UBS mais próxima de sua residência, com o uso de penicilina benzatina, o único medicamento eficaz para prevenir a transmissão para o bebê.

O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, ser completo para o estágio clínico da doença e ser administrado até 30 dias antes do parto, seguindo o intervalo recomendado entre as doses.

Apesar de não ser considerado critério de tratamento adequado para sífilis gestacional, ressalta-se a importância do tratamento concomitante junto com seu(ua) parceiro(a) de modo a permitir acompanhamento do tratamento e do seguimento posterior. O encaminhamento para tratamento em outro serviço pode retardar o início ou provocar a interrupção do tratamento.

Apesar das recomendações vigentes, a administração da penicilina benzatina no tratamento da sífilis gestacional segue sendo um desafio importante, sobretudo devido a inseguranças quanto ao manejo de possíveis eventos adversos. O medo de reações alérgicas, aliado à fragilidade de capacitação, e, em alguns casos, à limitação de estrutura para atendimento de intercorrências, resulta em encaminhamentos desnecessários para outros serviços. Essa prática configura importante barreira de acesso, atrasando o início do tratamento, comprometendo sua continuidade e ampliando o risco de transmissão vertical, com impacto direto na efetividade da resposta da APS à prevenção da transmissão vertical da sífilis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão Vertical HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno de Bboas pPráticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20_brasil.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

INDICADOR:

OCORRÊNCIA DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM QUE O PRÉ-NATAL FOI REALIZADO NA UNIDADE

(Questão E72)

Padrão adotado

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

Visando impedir a infecção congênita, espera-se que a Unidade de Saúde garanta o diagnóstico e tratamento da sífilis para a mulher gestante o mais precoce possível, ofertando e orientando sobre a gravidade do não tratamento ou de sua reinfecção antes do parto.

A ocorrência de casos de sífilis congênita entre gestantes que fizeram pré-natal na unidade sempre requer investigação, ou seja, revisão e estudo do caso para identificação de quais foram os problemas e se houve falhas no acompanhamento do pré-natal. O estudo dessas ocorrências é fundamental para que se possa identificar alterações necessárias no processo de trabalho da equipe e evitar novos casos.

Em função do caráter sistêmico e curável da sífilis, de fácil detecção e tratamento, é desejável que todos os profissionais de saúde da unidade estejam aptos a reconhecer as manifestações clínicas, interpretar os resultados dos exames laboratoriais, e realizar a instituição e acompanhamento correto do tratamento, tanto da gestante, como de sua parceria sexual.
No caso de gestantes com sífilis não tratada, a transmissão para o feto pode ocorrer em qualquer fase da gravidez ou na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação.

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão Vertical HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

INDICADOR:

LOCAL ONDE É REALIZADO O PRÉ-NATAL DE GESTANTES VIVENDO COM HIV (Questão E73)

Padrão adotado

A gestante com sorologia positiva para HIV/aids deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo e o acompanhamento compartilhado na UBS.

A gestante com sorologia positiva para HIV/aids deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo com a unidade básica, local provável do diagnóstico e referência mais imediata para acolhimento. Desse modo, a assistência é feita de forma compartilhada entre a APS e o Serviço de Atenção Especializada (SAE).

O teste para o HIV/aids é oferecido no primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal na UBS, e, caso negativo, repetido no início do terceiro trimestre. Caso este seja positivo, realiza-se o aconselhamento pós-teste, orientando a gestante sobre: o diagnóstico, o risco de transmissão para o feto ou para o RN, a importância de usar antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical e evitar a amamentação.

Os casos devem ser notificados e ser solicitada a contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral da gestante, referenciando-a para acompanhamento em serviço de referência, mas mantendo seguimento simultâneo na unidade básica, conforme fluxo estabelecido em cada região.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão Vertical HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO IMEDIATO
(Questão E74)

Padrão adotado

Há um conjunto de cuidados a serem realizados até 10 dias pós-parto, como avaliação de intercorrências e das condições psicossociais e familiares, promoção do aleitamento e cuidados com as mamas; além de orientações de cuidados com o recém-nascido, sobre atividade sexual e contracepção, e sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas. Valoriza-se que a atenção à mãe e ao recém-nascido ocorra, preferencialmente, até o 7º dia pós-parto, e seja realizada por meio de visita domiciliar. Deve-se agendar nova consulta em até 42 dias pós-parto (puerpério tardio).

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO TARDIO
(Questão E75)

Padrão adotado

No puerpério tardio (até 42 dias após o parto) deve-se identificar a ocorrência de intercorrências e avaliar a experiência de aleitamento no primeiro mês, além de retomar/ complementar questões abordadas no puerpério imediato, como em relação às condições sociofamiliares (rede de apoio, estrutura para o cuidado do RN) e trabalhistas. Valoriza-se a orientação sobre planejamento familiar e contracepção durante o aleitamento e a avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério.

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

O primeiro atendimento à mulher após o parto deve ocorrer durante o puerpério imediato. Por ser um período de muita mudança na vida da mulher, e seu primeiro contato com o serviço de saúde após o parto, apresenta-se como um importante espaço de escuta e acolhida, podendo contar com o envolvimento da parceria e familiares (se a mulher desejar).

Deve-se estar atento às condições psíquicas e sociais, e à identificação de intercorrências clínicas; acolher dúvidas, frustrações e expectativas; além de orientar em relação ao aleitamento materno, planejamento reprodutivo e contracepção durante este período, e sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas. A orientação dos cuidados com o RN também tem grande importância nesse período, devendo-se encaminhar para vacinação, exames de rotina e início da puericultura.

No puerpério tardio, valoriza-se a abordagem da experiência do primeiro mês, reavaliando as condições de saúde da mulher e do RN, e retomando os aspectos já abordados no puerpério imediato. Além disso, por sua frequência e relevância, é importante que os profissionais estejam atentos a sinais de sofrimento mental relacionados ao puerpério, como ansiedade ou depressão, para que se possa avaliar a dimensão e necessidade de cuidados.

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 26 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 26 jul. 2025.

1.11.9 Domínio: Atenção a Condições de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O cuidado às condições crônicas e aos fatores de risco representa um dos maiores desafios contemporâneos da AB. Boas práticas nesse campo são essenciais para a redução de complicações e internações, além da melhoria da qualidade de vida.

As DCNT exigem acompanhamento contínuo, ações de rastreamento, solicitação apropriada de exames, orientação terapêutica, vigilância de faltosos e cuidado domiciliar. É essencial que as equipes sigam protocolos atualizados, realizem consultas estruturadas, monitorem indicadores clínicos e desenvolvam ações preventivas relacionadas ao estilo de vida. A APS é o espaço privilegiado para garantir longitudinalidade e aderência ao tratamento.

Quadro 16 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Atenção a Condições de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis. QualiAB, 2025

Domínio: Atenção a Condições de Risco e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (9 indicadores)	
Questão	Indicadores
E76	Ações realizadas para rastreamento de risco cardiovascular
E77	Critérios utilizados para solicitação de exames de rastreamento de dislipidemia
E78	Ações realizadas para diagnóstico e seguimento de pessoas com hipertensão arterial
E79	Ações realizadas para diagnóstico e seguimento de pessoas com diabetes
E80	Exames realizados de rotina para pessoas com hipertensão arterial ou diabetes
E81	Ações realizadas para diagnóstico e seguimento de pessoas com sobrepeso e obesidade
E82	Ações realizadas para pessoas com dor crônica
E83	Ações realizadas de rotina para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis faltosas ou não aderentes
E84	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA RASTREAMENTO DE RISCO CARDIOVASCULAR (Questão E76)

Padrão adotado

O rastreamento do risco cardiovascular deve incluir avaliação clínica, antropométrica, investigação da história prévia de comorbidades, a investigação dos hábitos de vida e histórico familiar, com classificação do risco e reconhecimento do risco diferenciado por raça e/ou etnia.

O rastreamento do risco cardiovascular é uma das grandes responsabilidades da APS, dada a elevada prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias e outros fatores associados à morbimortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil. A realização dessas ações permite identificar precocemente indivíduos em risco, orientar intervenções oportunas e planejar o acompanhamento longitudinal.

Dentre as ações que subsidiam o rastreamento está a aferição de pressão arterial, reconhecida como medida custo-efetiva e essencial para detectar precocemente hipertensão e falhas de controle. Em paralelo, a equipe deve identificar diagnósticos prévios de diabetes, hipertensão e dislipidemias, pois essa informação orienta a conduta clínica, a periodicidade de consultas e a necessidade de intervenções educativas. A avaliação de peso, altura e IMC, de acordo com a idade, complementada pela mensuração da circunferência abdominal, permite identificar excesso de peso e obesidade central, ambos fortemente associados ao risco cardíaco.

A anamnese dirigida deve incluir a identificação de eventos cardiovasculares prévios (por exemplo, infarto, angina, AVC), que reposicionam imediatamente a pessoa em patamar de maior risco e exigem seguimento mais próximo. A história familiar de diabetes e/ou hipertensão também é componente obrigatório do rastreamento, por refletir herança genética e exposições compartilhadas que aumentam a probabilidade de adoecimento ao longo da vida. De igual importância, o diagnóstico de sedentarismo, tabagismo, uso de álcool e outras drogas permite pactuar metas realistas de mudança de comportamento, integrando aconselhamento breve e acompanhamento longitudinal estratégias com efetividade demonstrada quando realizadas de modo oportuno na APS.

O rastreamento incorpora o reconhecimento do risco diferenciado por raça e/ou etnia, visto que pretos e pardos são os grupos mais vulneráveis à obesidade, dislipidemias, pré-HAS/HAS e circunferências aumentadas. As desigualdades históricas e sociais, enfrentadas por esse grupo, prejudicam o acesso e a exposição leva a piores desfechos em saúde.

Com todas essas informações, a equipe realiza a classificação do risco cardiovascular (baixo, intermediário ou alto), que orienta o plano de cuidado: periodicidade de consultas, necessidade de abordagens multiprofissionais, metas de controle e intensidade das intervenções de promoção da saúde. Realizadas de forma contínua e próxima às famílias, essas ações qualificam a prevenção, favorecem a adesão e fortalecem a coordenação do cuidado no território.

REFERÊNCIAS

AVED, Z.; MAQSOOD, M. H.; YAHYA, T.; et al. Race, racism, and cardiovascular health: applying a social determinants of health framework to racial/ethnic disparities in cardiovascular disease. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, v. 15, n. 1, 2022. Disponível em: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.121.007917. . Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cadernos de Atenção Básica 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

TOLEDO, N. das N.; ALMEIDA, G. S. de; MATOS, M. M. M.; BALIEIRO, A. A. da S.; MARTIN, L. C.; FRANCO, R. J. da S. et al. Cardiovascular risk factors: differences between ethnic groups. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet], v. 73, n. 4, e20180918, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0918. Acesso em: 28 out. 2025.

INDICADOR:

CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE RASTREAMENTO DE DISLIPIDEMIA

(Questão E77)

Padrão adotado

A solicitação de exames de colesterol total e frações deve seguir critérios clínicos e epidemiológicos, com periodicidade definida conforme risco individual: para homens com 35 anos ou mais e mulheres com 45 anos ou mais; ou diabete melito em homens com idade superior a 45 anos e mulheres com idade superior a 50 anos com pelo menos um fator de risco, ou possuir risco moderado ou alto para risco cardiovascular e anualmente para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Para população em geral com resultados normais a solicitação deve ser realizada a cada 5 anos.

O rastreamento de dislipidemia na APS busca detectar precocemente alterações lipídicas que elevam o risco cardiovascular. Diferente de práticas não recomendadas, como a solicitação do exame em todas as consultas, as diretrizes orientam critérios baseados em idade e risco.

Recomenda-se solicitar o exame para homens a partir dos 35 anos e para mulheres a partir dos 45 anos, faixa etária em que a probabilidade de alterações aumenta significativamente. O rastreamento também é indicado para diabete melito em homens a partir dos 45 anos e mulheres a partir dos 50 anos - que apresentem pelo menos um fator de risco, como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica ou histórico familiar, em parente de primeiro grau, de doença arterial coronariana precoce.

Além da idade, pessoas com moderado e alto risco cardiovascular devem ser priorizadas para o rastreamento. Nos casos de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, o rastreamento deve ser anual, dado o risco acrescido de complicações metabólicas e cardiovasculares.
Outro aspecto é a periodicidade da solicitação: em indivíduos com resultados normais, recomenda-se a realização a cada cinco anos, o que garante vigilância adequada sem uso excessivo de recursos. A adoção desses critérios na APS fortalece o cuidado racional e direciona recursos para onde têm maior impacto, reforçando o papel da estratificação de risco na organização das práticas clínicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/rastreamento/. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-dislipidemias/view. Acesso em: 28 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

(Questão E78)

Padrão adotado

O diagnóstico e o seguimento da hipertensão arterial incluem a utilização de protocolos clínicos, aferição da pressão arterial (PA) em três medições realizadas em intervalos de 1 dia a 4 semanas, estratificação do tipo de HA, acompanhamento regular com solicitação de exames e avaliação clínica, além do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Este deve ser associado a orientações sobre hábitos de vida saudáveis e à adoção de uma abordagem integral, com destaque para a classificação do risco cardiovascular e a construção de decisões compartilhadas voltadas ao autocuidado.

O diagnóstico de hipertensão na APS exige aferição de três medidas de pressão arterial em momentos diferentes e, quando indicado, o uso de mapa pressórico como medida de controle. Uma vez estabelecido o diagnóstico, a equipe deve seguir protocolos específicos que assegurem condutas uniformes, e realizar a estratificação da hipertensão em estágios e a classificação de risco cardiovascular. Essa organização permite determinar o tipo terapêutica e o plano de acompanhamento, incluindo o tratamento e o intervalo entre as consultas.

O seguimento clínico inclui a solicitação periódica de exames laboratoriais, fundamentais para avaliar repercussões em órgãos-alvo e fatores de risco associados. A terapêutica deve começar com mudança de estilo de vida (alimentação saudável, redução de sal, atividade física, cessação do tabaco e uso abusivo de álcool/drogas), sendo a introdução de medicamentos considerada quando as metas pressóricas não são atingidas. O controle de peso e a prevenção/tratamento da obesidade são elementos centrais nesse processo.

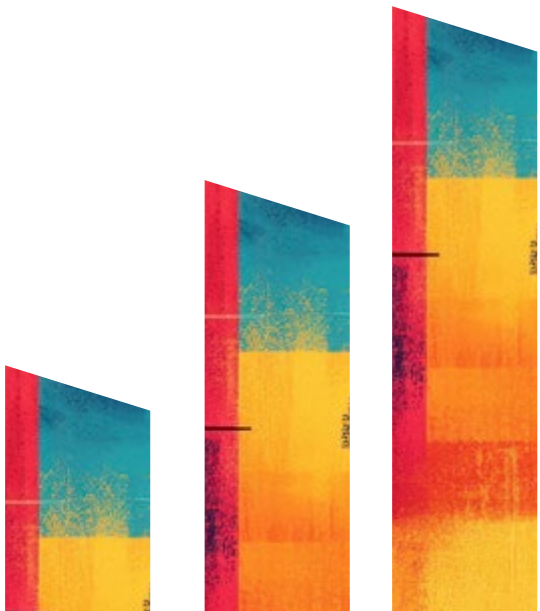
As intervenções clínicas devem ser feitas a partir de decisões compartilhadas com o usuário. E as atividades educativas em grupo são estratégias para fortalecer a adesão ao tratamento. O monitoramento diferenciado de pacientes com hipertensão de médio e alto risco assegura vigilância mais intensiva, enquanto a integração da equipe multiprofissional garante apoio contínuo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS Nº 49, de 23 de julho de 2025. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hipertensao-arterial-sistemica.pdf/view. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 128 p. ISBN: 978-85-334-2058-8. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/livro/cadernos-de-atencao-basica-n-37-estrategias-para-o-cuidado-da-pessoa-com-doenca-cronica-hipertensao-arterial-sistemica. Acesso em: 28 out. 2025.





INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DE PESSOAS COM DIABETES (Questão E79)

Padrão adotado

As ações de cuidado a pessoas acometidas pela diabetes tipo II envolvem o rastreamento e o diagnóstico precoce, com a solicitação de exames e o acompanhamento contínuo conforme protocolos específicos. Incluem orientações sobre hábitos saudáveis e também abrangem a avaliação e os cuidados com a saúde bucal, com os pés, além de valorizar a construção de decisões compartilhadas para o autocuidado e a classificação do risco cardiovascular. O manejo da DM contempla ainda atividades educativas e o monitoramento contínuo das pessoas com diabetes de médio e alto risco.

Na APS, o rastreamento do diabetes tipo II deve ser realizado em adultos com pressão arterial sustentada acima de 135/80 mmHg. O rastreamento em pessoas com níveis pressóricos elevados (acima de 135/80 mmHg) pode contribuir para a redução da mortalidade e da ocorrência de eventos cardiovasculares. O diagnóstico deve ser confirmado pela solicitação da glicemia de jejum, exame laboratorial de baixo custo e alta confiabilidade. Uma vez diagnosticado, o seguimento deve ocorrer de acordo com protocolos específicos para o DM. A APS deve envolver um conjunto articulado de ações que visam prevenir complicações, promover o autocuidado e reduzir riscos cardiovasculares. A classificação do risco cardiovascular permite identificar pessoas com maior vulnerabilidade, orientando o acompanhamento e as metas terapêuticas. A construção de decisões compartilhadas para a mudança de hábitos de vida, com a inclusão de uma alimentação saudável, prática de atividade física e redução do uso de álcool, tabaco e outras drogas, de acordo com a capacidade e disposição do usuário em realizar essas mudanças, fortalece a adesão e o protagonismo das pessoas no manejo da doença.

A APS também desempenha papel fundamental na prevenção e no controle de condições associadas, como obesidade e disfunção erétil, incluindo o cuidado com a saúde bucal. O acompanhamento dos cuidados com os pés e a prevenção de lesões são medidas prioritárias para evitar complicações graves, como amputações, e garantir melhor qualidade de vida às pessoas com diabetes.

As ações educativas e de apoio em grupo são parte integrante do cuidado. Nos casos em que há necessidade de insulina, a APS deve promover o treinamento para a autoaplicação, orientar sobre o descarte seguro de agulhas e seringas e, quando disponível, oferecer glicosímetro aos usuários em uso contínuo. Além disso, o monitoramento das pessoas com risco médio e alto deve ser sistemático, visando prevenir complicações microvasculares (nefropatia, retinopatia, neuropatia) e macrovasculares (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

INDICADOR:

EXAMES REALIZADOS DE ROTINA PARA PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL OU DIABETES

(Questão E80)

Padrão adotado

A solicitação de exames deve ser periódica, contemplando avaliação metabólica, renal, cardiovascular e oftalmológica, conforme protocolos para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

O cuidado integral às pessoas com hipertensão arterial e diabetes tipo II exige acompanhamento laboratorial e clínico regular para monitorar a evolução da doença e prevenir complicações. Entre os exames de rotina estão urina tipo I, potássio e creatinina sérica, que permitem rastrear lesões renais e alterações hidroeletrolíticas associadas. A glicemia de jejum é fundamental no acompanhamento da glicemia e no ajuste do tratamento, enquanto o colesterol total e frações e os triglicerídeos subsidiam a avaliação de risco cardiovascular global.

Outros exames complementam a avaliação do risco e das complicações: o ácido úrico contribui para o acompanhamento metabólico; o eletrocardiograma (ECG) auxilia na detecção precoce de alterações cardíacas, como hipertrofia ventricular e arritmias; e há uma valorização do exame de fundo de olho, essencial para o rastreamento e monitoramento da retinopatia diabética, que deve ser sempre realizado ou solicitado na primeira avaliação, especialmente em pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) grau 3, que apresentem diabetes.

O monitoramento da microalbuminúria e da hemoglobina glicada (HbA1c) são cruciais para o diagnóstico precoce de nefropatia e para avaliar o controle glicêmico a médio prazo, respectivamente. Esses exames, solicitados de forma periódica e integrada ao cuidado clínico, permitem que a APS estruture planos de acompanhamento individualizados, identifique precocemente complicações e atue preventivamente, garantindo melhor qualidade de vida às pessoas com hipertensão e diabetes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Diabete Melito Tipo 2 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/PCDTDM2.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-hipertensao-arterial-sistemica.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

RODACKI, M.; COBAS, R. A.; ZAJDENVERG, L. et al. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2024. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/. Acesso em: 28 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

(Questão E81)

Padrão adotado

O cuidado ao sobrepeso e à obesidade deve incluir o diagnóstico dessas condições, a identificação de fatores psicossociais que influenciam o padrão de consumo alimentar, a oferta de grupos de exercícios ou de apoio e o estímulo à formação de hortas comunitárias para incentivar a alimentação saudável. Com destaque às decisões compartilhadas para o autocuidado.

A atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS deve seguir as diretrizes da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO), estabelecida como prioridade na Rede de Atenção às Doenças Crônicas pela Portaria nº 424/2013. A atenção à saúde das pessoas com obesidade representa um grande desafio para as equipes de APS. Para ser efetiva, sua abordagem necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade.

Na APS, o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade contempla diversas ações, entre elas o rastreamento de pessoas com IMC ≥ 25 kg/m² e deve ocorrer nas atividades cotidianas da unidade. Essa avaliação inicia pela mensuração de peso e altura, com cálculo de IMC e pela avaliação da circunferência abdominal, indicadores essenciais do risco cardiometabólico.

Diante do diagnóstico de obesidade, deve-se investigar condições psicossociais que influenciam o padrão alimentar, como estresse, ansiedade ou insegurança alimentar, garantindo uma abordagem integral do processo de adoecimento.

A construção de decisões compartilhadas para o autocuidado fortalece a autonomia do usuário no manejo do peso, aliada a orientações sobre alimentação saudável, grupos de educação em saúde, caminhada e práticas de exercício físico ao ar livre. Essas estratégias coletivas ampliam o alcance da APS e favorecem mudanças sustentáveis de estilo de vida.

O desenvolvimento de ações de promoção à saúde por parte da unidade também são fundamentais para a prevenção e combate à obesidade, como grupos de caminhada/exercícios ou de educação em saúde para auxiliar na perda de peso. Outro exemplo é a formação de hortas comunitárias, que fortalece a segurança alimentar e amplia o acesso a alimentos in natura.

Em casos que forem avaliados como de maior risco, o encaminhamento para serviços especializados, como avaliação para cirurgia bariátrica, garante a integralidade da rede de atenção. Dessa forma, a APS articula cuidado individual, coletivo e intersetorial, ampliando o impacto no enfrentamento da obesidade, um dos principais fatores de risco para DCNT.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf Acesso em: 28 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA PESSOAS COM DOR CRÔNICA

(Questão E82)

Padrão adotado

As ações realizadas no manejo da dor crônica devem contemplar uma escuta ativa e uma avaliação clínica ampliada, com a identificação de fatores desencadeantes, valorizando a identificação de situações de violência como possíveis desencadeadores da dor, a construção de decisões compartilhadas e a oferta de práticas alternativas e complementares. Deve incluir tratamentos medicamentosos e vigilância sobre o risco de uso de anti-inflamatórios. É importante a promoção de grupos terapêuticos e de convivência, e acompanhamento multiprofissional.

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável. A dor é uma experiência individual, sendo influenciada por fatores biopsicossociais e pelas experiências dolorosas anteriores. Assim, as queixas álgicas devem ser valorizadas pelos profissionais de saúde, ainda que haja uma inabilidade de comunicação dos indivíduos - não deve ser interpretada como ausência de dor.

A atenção à dor crônica na APS inicia-se com a assistência contínua a pessoas com queixas recorrentes de dor, a escuta ativa e o uso de escalas para avaliação da intensidade da dor, que permitem dimensionar o sofrimento e acompanhar a resposta ao tratamento. A avaliação deve incluir ainda a investigação de condições de trabalho e de situações de violência, reconhecendo a dor como fenômeno multidimensional, frequentemente associado a fatores sociais e emocionais.

As intervenções devem ser pautadas pela construção de decisões compartilhadas, integrando o usuário no processo de autocuidado. O manejo inclui tratamento medicamentoso quando indicado, mas também orientações sobre os riscos do uso abusivo de anti-inflamatórios e a vigilância dos medicamentos em uso contínuo, prevenindo iatrogenias.
Complementarmente, os profissionais da APS devem ofertar grupos de vivência ou terapêuticos, encaminhamento para fisioterapia e psicoterapia, além da utilização de Práticas Integrativas e Complementares, que apresentam evidências de efetividade em casos selecionados. A discussão com equipe multiprofissional de apoio (eMulti) qualifica as condutas, amplia o olhar sobre o usuário e fortalece o cuidado longitudinal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS DE ROTINA PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS FALTOSAS OU NÃO ADERENTES

(Questão E83)

Padrão adotado

As estratégias para pessoas não aderentes devem incluir busca ativa, grupos de adesão e discussões de projeto terapêutico em equipe e envolvendo a eMulti.

O enfrentamento da não adesão ao tratamento das DCNT na APS exige estratégias ativas e diversificadas para conscientização sobre a situação de saúde e corresponsabilização da pessoa pelo seu autocuidado. Uma das estratégias é a busca ativa, que garante o contato da equipe com pessoas faltosas, possibilitando compreender barreiras individuais, sociais ou culturais que impactam o comparecimento às consultas e o seguimento terapêutico.

Além disso, a criação de grupos de adesão dentro da unidade favorece o apoio entre pares, reduz o estigma e oferece espaço para troca de experiências. Essas atividades coletivas aumentam a motivação e fortalecem vínculos, contribuindo para maior permanência no cuidado.

Outro ponto central é a discussão em equipe de alternativas de abordagem e projetos terapêuticos, que ampliam a capacidade resolutiva da APS. Quando necessário, a articulação com o eMulti ou equipe multiprofissional de apoio possibilita intervenções mais completas, considerando dimensões psicológicas, sociais e comportamentais que impactam a adesão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013. 28 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view. Acesso em: 29 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA O CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS
(Questão E84)

Padrão adotado

O cuidado a pessoas acamadas deve contemplar visitas domiciliares periódicas, realização de procedimentos e vacinação no domicílio, curativos e atenção odontológica. Esse cuidado deve ser valorizado junto à construção de decisões compartilhadas, à detecção e ao acompanhamento de situações de violência, à prevenção do uso de drogas e de agravos, além de envolver suporte multiprofissional e atenção à família.

Na APS, o cuidado de pessoas acamadas deve ser estruturado a partir de visitas periódicas multiprofissionais garantindo acompanhamento contínuo no domicílio. Nesses atendimentos, realizam-se procedimentos domiciliares, como vacinação e curativos, bem como orientações para prevenção de lesão por pressão e para a mobilização adequada no leito.

A garantia da integralidade do cuidado inclui ainda procedimentos odontológicos em domicílio, orientações de higiene bucal e orientações quanto aos direitos sociais, fundamentais para garantir dignidade e acesso a benefícios de apoio. A detecção de situações de violência e a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas são componentes essenciais, pois pessoas acamadas frequentemente apresentam maior vulnerabilidade social.

A APS também deve apoiar o autocuidado e a família, por meio da construção de decisões compartilhadas, do fornecimento de insumos (como fraldas e materiais de curativo), do acompanhamento de oxigenoterapia domiciliar e do suporte em situações de óbito. O acompanhamento dos junto a eMulti ou equipe multiprofissional de apoio fortalece o plano terapêutico, garantindo cuidado integral e humanizado às pessoas acamadas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

1.11.10 Domínio: Saúde da Pessoa Idosa

O envelhecimento populacional impõe desafios crescentes à Atenção Básica, tornando indispensáveis práticas que promovam autonomia, funcionalidade e qualidade de vida das pessoas idosas. Boas práticas nesse campo incluem a identificação precoce de situações de risco, a prevenção de agravos, o reconhecimento e enfrentamento da violência e o apoio aos cuidadores.

A organização do cuidado à pessoa idosa requer ações multiprofissionais, acompanhamento sistemático e articulação com serviços de apoio e proteção social. A atenção contínua e sensível às necessidades desse grupo fortalece vínculos e amplia a capacidade de identificação de vulnerabilidades.

Quadro 17 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde da Pessoa Idosa. QualiAB, 2025

Domínio: Saúde da Pessoa Idosa (5 indicadores)	
Questão	Indicadores
E85	Ações realizadas de promoção à saúde e prevenção de agravos para pessoas idosas
E86	Ações realizadas de assistência à saúde da pessoa idosa
E87	Estratégias para identificação de violência contra a pessoa idosa
E88	Ações realizadas para atenção a pessoas idosas em situação de violência
E89	Ações de suporte aos cuidadores de pessoas idosas e/ou acamadas

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS PARA PESSOAS IDOSAS

(Questão E85)

Padrão adotado

A promoção e prevenção em saúde da pessoa idosa envolvem ações integradas para reduzir riscos e fortalecer o envelhecimento saudável, incluindo: prevenção de quedas e fraturas; incentivo a hidratação adequada; cuidados com a saúde bucal; vacinação; orientações sobre sexualidade e prevenção de IST; orientação sobre os direitos da pessoa idosa; estímulo a práticas corporais e as atividades em grupo, bem como a atenção instituições de longa permanência.

A promoção e a prevenção em saúde da pessoa idosa no âmbito da APS devem priorizar ações voltadas à prevenção de acidentes domésticos, quedas e fraturas, uma das principais causas de morbimortalidade nesse grupo etário. Estratégias como a avaliação do risco domiciliar, adequação de ambientes, a prescrição de exercícios para fortalecimento muscular e equilíbrio, bem como a orientação a familiares e cuidadores, estão em consonância com as diretrizes nacionais para o cuidado integral da pessoa idosa no SUS.

Recomenda-se atenção especial à hidratação adequada, sobretudo em períodos de altas temperaturas, visando reduzir complicações associadas à desidratação, que afetam de forma mais severa, as pessoas idosas. Outro aspecto fundamental é a saúde bucal, que vai além da higienização de dentes e próteses, incluindo a identificação precoce de lesões e alterações que possam indicar condições mais graves como câncer bucal conforme recomendações do INCA.

A APS deve estimular práticas de autocuidado, oferecer avaliação periódica e garantir encaminhamento oportuno a serviços especializados quando necessário. Essas ações contribuem para a manutenção da qualidade de vida e prevenção de agravos funcionais e nutricionais.

A vacinação permanece como estratégia essencial de prevenção de doenças imunopreveníveis em idosos. O calendário nacional inclui vacinas como influenza, pneumocócica, hepatite B e, recentemente, dengue, conforme as atualizações mais recentes do programa nacional de imunizações. A busca ativa de idosos não vacinados e a orientação sobre a importância da imunização fortalecem a equidade no acesso à saúde e reduzem complicações graves, sobretudo em condições crônicas associadas.

Outro eixo de promoção envolve orientações sobre sexualidade e prevenção de ISTs incluindo HIV/aids, considerando que esse tema pode receber ainda menos atenção nos serviços de saúde, quando relacionado à população idosa. A APS deve abordar o tema de forma acolhedora, reconhecendo a sexualidade como parte da integralidade do cuidado. Também é essencial assegurar a informação e a efetivação dos direitos da pessoa idosa, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa e as políticas nacionais de promoção da saúde. Essas ações reforçam a autonomia, a dignidade e a cidadania na velhice.

Por fim, deve ser estimulada práticas corporais e atividades físicas, conforme o guia de atividade física para a população brasileira, que recomenda exercícios regulares para a manutenção da capacidade funcional, prevenção de doenças crônicas e promoção do bem-estar. Atividades em grupo, sejam em unidades básicas de saúde ou instituições de longa permanência para idosos, promovem socialização, fortalecimento de vínculos e redução do isolamento social. A integração dessas ações articuladas com redes de apoio e serviços intersetoriais constitui o núcleo da atenção integral e humanizada à saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS: orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica nº 13/2024-CGFAM/DPNI/SVSA/MS: orientações técnicas referentes ao registro de imunobiológico e reação na notificação e investigação dos eventos supostamente atribuíveis à vacinação e/ou imunização (ESAVI) temporalmente relacionados às vacinas dengue utilizadas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202405/02094459-nota-tecnica-n-13-2024-cgfam-dpni-svsa-ms.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
(Questão E86)

Padrão adotado

A atenção integral à saúde da pessoa idosa envolve avaliação da saúde mental, função cognitiva e capacidade funcional, permitindo o diagnóstico precoce e planos terapêuticos adequados. O acompanhamento de condições crônicas e a orientação alimentar favorece o envelhecimento saudável. Também são essenciais a investigação da incontinência urinária e do uso de substâncias, além do uso de receitas ilustradas para melhorar a adesão ao tratamento. A avaliação do suporte social à prevenção de violências, o registro na caderneta de saúde e o apoio às Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) consolidam um cuidado contínuo e intersetorial, centrado na autonomia e dignidade do idoso.

A atenção integral à saúde da pessoa idosa deve contemplar a avaliação da saúde mental, da memória e da função cognitiva, considerando a alta prevalência de quadros de depressão, ansiedade e demência neste grupo. Essas ações permitem o diagnóstico precoce de alterações e favorecem a intervenção multiprofissional, promovendo qualidade de vida e autonomia. A avaliação da capacidade funcional, tanto das atividades básicas da vida diária quanto das atividades instrumentais, constitui eixo central para identificar graus de dependência e direcionar planos terapêuticos personalizados.

Outro pilar fundamental é o acompanhamento de condições crônicas, como hipertensão, diabetes, osteoporose e doenças cardiovasculares, que devem ser monitoradas rotineiramente na APS. Ressalta-se também a importância da orientação sobre alimentação adequada e saudável. Deve-se priorizar escolhas que promovam o envelhecimento ativo, a prevenção de deficiências nutricionais e a redução de riscos de doenças crônicas.

No âmbito da clínica ampliada, recomenda-se a investigação da incontinência urinária e de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas, muitas vezes subnotificados nos serviços de saúde. A elaboração de receitas médicas com pictogramas (receitas ilustradas) favorece a adesão terapêutica, reduzindo riscos associados à polifarmácia e dificuldades de compreensão do tratamento, sobretudo em idosos com baixa escolaridade ou comprometimento cognitivo.

A atenção à pessoa idosa deve incluir também a investigação do suporte familiar e social, uma vez que a presença de redes de apoio influencia diretamente no autocuidado e na prevenção da institucionalização precoce. Além disso, é essencial a identificação de situações de violência contra a pessoa idosa, bem como a orientação para o enfrentamento da violência institucional, conforme previsto nas normativas nacionais de direitos da pessoa idosa e na política nacional de promoção da saúde.

A qualidade do cuidado exige o registro sistemático na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento que organiza o acompanhamento clínico e social, além de possibilitar a avaliação longitudinal pela equipe de saúde. Em situações que envolvem maior dependência, destaca-se a importância do apoio assistencial às Instituições de Longa Permanência, integrando a atuação da APS à rede de cuidados de média e alta complexidade de forma intersetorial. Assim, consolida-se um modelo de atenção integral centrado na dignidade, na autonomia e na proteção social da população idosa.

REFERÊNCIAS

ALARCON, M. F.S.; DAMACENO, D. G.; CARDOSO, B. C. et al. Violência contra o idoso: ações e sugestões dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74 (Suppl. 2), e20200263, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/twXd9YPM9NygmM8dnpjVWwD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.528 De 19 De Outubro De 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 202, p. 142-145, 20 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso: 19 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf. Acesso em 20 ago. 2025.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): Orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde / elaborado por Jaqueline Colombo Ely e Thaissa Araújo de Bessa. Porto Alegre: ESP/SES, 2023. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202401/18100919-manual-de-aplicacao-do-indice-de-vulnerabilidade-clinico-funcional.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

SILVA, L. F. da; et al. Receituário didático: Criação e aplicação de um pictograma nas consultas médicas com idosos na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, p. 4672, 2025. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4672. Acesso em: 20 ago. 2025.

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso/Camila Carvalho Amorim; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís, 2014. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1728/1/Mod10.Un1.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA (Questão E87)

Padrão adotado

A identificação de violência contra a pessoa idosa deve seguir protocolos de atendimento que garantam acolhimento seguro e sem revitimização. A avaliação inclui: observar sintomas físicos e psicológicos, valorizar o relato espontâneo e realizar escuta sigilosa, além de considerar informações de familiares e outros usuários. As visitas domiciliares permitem identificar contextos de risco e negligência não visíveis na unidade de saúde. A discussão de casos em equipe e com apoio multiprofissional fortalece a abordagem integral e interdisciplinar.

A identificação de situações de violência contra a pessoa idosa na APS exige a adoção de protocolos de atendimento claros e efetivos. Esses protocolos devem orientar os profissionais quanto às etapas de acolhimento, registro e encaminhamento, garantindo que o cuidado seja realizado de forma padronizada, sem revitimização e com ênfase no respeito à dignidade da pessoa idosa. A padronização das condutas é fundamental para assegurar resposta ágil e integral dentro da rede de atenção à saúde e proteção social.

A avaliação clínica e social deve priorizar a identificação de sintomas e queixas físicas e psicológicas que possam indicar violência, tais como: lesões recorrentes, sinais de negligência, alterações de humor ou retraimento social. Tais manifestações, muitas vezes sutis, exigem

sensibilidade e preparo técnico das equipes para que sejam reconhecidas como possíveis indicadores de abuso físico, psicológico, financeiro ou negligência.

Outro aspecto essencial é a valorização do relato espontâneo da pessoa idosa, reconhecendo-o como fonte legítima e central de informação. Para isso, a escuta deve ocorrer em ambiente individual e sigiloso, assegurando privacidade, segurança e confiança. A escuta atenta de familiares, cuidadores, vizinhos ou outros usuários dos serviços também pode complementar a compreensão da situação, especialmente nos casos em que o idoso apresenta limitações cognitivas ou comunicacionais.

As visitas domiciliárias configuram-se como estratégia privilegiada para observar contextos de vulnerabilidade que nem sempre emergem nos atendimentos realizados nas unidades de saúde. Permitem identificar dinâmicas familiares, condições ambientais e indícios de negligência ou maus-tratos, subsidiando um diagnóstico situacional mais completo. A partir dessas observações, a equipe pode articular planos de cuidado mais adequados às necessidades e riscos identificados.

A discussão de casos em equipe e com apoio das equipes eMulti fortalece a abordagem interdisciplinar e amplia as possibilidades de intervenção. Essa troca possibilita que diferentes perspectivas profissionais sejam integradas, resultando em respostas mais efetivas e contextualizadas. Assim, a identificação e o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa consolidam-se como responsabilidade compartilhada, sustentada pelo trabalho em rede, intersetorialidade e compromisso ético com a proteção social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Violência contra a pessoa idosa vamos falar sobre isso? perguntas mais frequentes sobre direitos das pessoas idosas. Brasília: DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/cartilhacombateviolenciapessoaidosa.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA ATENÇÃO A PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA (Questão E88)

Padrão adotado

Atenção a pessoa idosa em situação de violência deve seguir protocolos de atendimento que assegurem acolhimento, registros e fluxos de encaminhamento. É obrigatória a denúncia ao Disque 100 e à autoridade policial quando há crime, além da articulação com CRAS/CREAS para suporte psicossocial. O cuidado deve incluir atenção aos cuidadores, prevenindo sobrecarga e negligência, e a notificação compulsória à vigilância epidemiológica. A consulta compartilhada e acompanhamento pela eMulti asseguram uma abordagem integral e interdisciplinar.

As ações de atenção à pessoa idosa em situação de violência na APS devem estar fundamentadas em protocolos de atendimento que garantam acolhimento humanizado, escuta qualificada, classificação de risco e definição de fluxos claros de encaminhamento. Esses protocolos preconizados pelo Ministério da saúde e por manuais específicos de enfrentamento da violência asseguram padronização das condutas, minimizam a revitimização e fortalecem a responsabilização dos serviços pela continuidade do cuidado.

A denúncia ao Disque 100, canal nacional de recebimento de denúncias de violações de direitos humanos, constitui medida essencial, sobretudo nos casos em que há risco iminente à integridade física, psicológica ou patrimonial da pessoa idosa. Essa ação deve ser realizada em articulação com outros dispositivos da rede de proteção social, garantindo o registro formal da ocorrência e possibilitando a atuação de órgãos competentes como Ministério Público e Defensoria Pública.

O acompanhamento dos casos com CRAS e CREAS é estratégico para assegurar que a pessoa idosa e sua família recebam suporte psicossocial contínuo. Os CRAS atuam na prevenção e fortalecimento de vínculos enquanto os CREAS se responsabilizam pelos casos que já apresentaram violações de direitos e inclusive situações de violência. Essa articulação intersetorial entre saúde e assistência social é indispensável para o enfrentamento das situações complexas e para a efetivação do direito à proteção integral.

A denúncia à autoridade policial é necessária quando há crimes configurados como violência física, sexual ou financeira ou em casos em que a segurança da vítima se encontra ameaçada. Além disso, o acompanhamento deve incluir atendimento e suporte aos cuidadores, visto que a sobrecarga física e emocional pode ser fator de risco para as situações de negligência ou maus-tratos. Materiais do Ministério da saúde destacam a importância de avaliar o estresse do cuidador e de oferecer espaços de escuta e orientação, prevenindo que a sobrecarga se converta em violência.

A notificação compulsória à vigilância epidemiológica é obrigatória em todas as situações de violência, permitindo a visibilidade do fenômeno e o planejamento de políticas públicas baseadas em evidências. Essa notificação deve ser acompanhada de estratégias de cuidado compartilhado como consulta conjunta com profissionais da unidade e o acompanhamento pelo eMulti/ equipe multiprofissional de apoio, assegurando uma abordagem integral e interdisciplinar. Essa prática, aliada ao trabalho intersetorial e a responsabilização compartilhada entre saúde e assistência social e justiça, representa um modelo de atenção resolutivo alinhado ao princípio de integralidade do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. M. D. de et al. Patterns of abuse of elderly people in Brazil: analysis of notifications. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 39, n. 1, e00075722. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2023.v39n1/e00075722/en. Acesso em: 24 ago. 2025.

AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, Q. B. M.; ASSIS, S. G. de. Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 30, n. 03, e17372024. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2025.v30n3/e17372024/pt. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Violência contra a pessoa idosa vamos falar sobre isso? perguntas mais frequentes sobre direitos das pessoas idosas. Brasília: DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/cartilhacombateviolenciapessoaidosa.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/manual-de-enfrentamento-a-violencia-contra-a-pessoa-idosa. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 18, p. 37, 25 jan. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 24 ago. 2025.

ESTADO DE SÃO PAULO. Coordenação da Atenção Básica. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura de São Paulo. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. São Paulo: SES, 2015. Disponível em: https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES DE SUPORTE AOS CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS E/OU ACAMADAS (Questão E89)

Padrão adotado

As unidades devem oferecer suporte aos cuidadores de pessoas idosas e/ou acamadas, envolvendo: orientações práticas sobre medicamentos, higiene, pele, mudanças de decúbito e sinais de alerta; educação para descarte seguro de materiais e incentivo à participação em cursos gratuitos de formação. Também deve avaliar a saúde física e mental dos cuidadores, prevenindo sobrecargas e situações de violência, com apoio intersetorial. Recomenda-se o uso de instrumentos de rastreamento de sobrecarga e a criação de grupos de apoio que fortaleçam redes solidárias e reduzam o estresse.

O suporte aos cuidadores de pessoas idosas e/ou acamadas constitui atribuição essencial da APS em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, o Estatuto da Pessoa Idosa e as orientações de Linha de Cuidado da Pessoa Idosa. Nesse contexto, cabe às equipes de saúde oferecerem orientações sobre a administração correta de medicamentos, mudanças de decúbito, higiene corporal e oral, bem como cuidados com a pele, medidas fundamentais para prevenir agravos, infecções e lesões por pressão. A atuação educativa da APS deve ser sistemática, considerando as necessidades funcionais do idoso e o protagonismo do cuidador no cuidado diário.

A capacitação dos cuidadores deve incluir a identificação precoce de sinais de alerta que indiquem urgência ou emergência, como alterações súbitas de consciência, dispnéia e dor intensa, e a correta condução para os serviços de saúde, conforme protocolos assistenciais. Também é responsabilidade da APS fornecer informações claras sobre o descarte adequado de materiais perfurocortantes, garantindo segurança no domicílio e reduzindo riscos de acidentes e contaminação. Para qualificar ainda mais esse processo, recomenda-se divulgar e estimular a participação em cursos gratuitos de formação de cuidadores ofertados por instituições públicas de ensino e de saúde, inclusive em modalidades on-line.

Além do cuidado com a pessoa idosa, a APS deve voltar-se à avaliação da saúde física e mental do cuidador, garantindo acesso e acompanhamento clínico, apoio psicológico e práticas de promoção da saúde. A equipe tem também o dever de prevenir, identificar e notificar situações de violência tanto contra a pessoa idosa quanto contra o cuidador, acionando a rede intersetorial de proteção - CRAS/CREAS, Ministério público e delegacias especializadas - quando necessário. Essa dimensão está em consonância com o Estatuto da Pessoa Idosa e com as Diretrizes de Atenção Domiciliar que reconhecem o cuidador como parte do processo terapêutico.

Outro aspecto essencial é a identificação da sobrecarga de trabalho do cuidador, utilizando instrumentos validados com uma escala de Zarit. Reconhecer sinais de exaustão, depressão ou isolamento social, possibilita à equipe elaborar projetos terapêuticos singulares que contemplam estratégias de apoio, incluindo medidas de respiro do cuidador, visitas regulares da equipe multiprofissional e articulação com serviços de atenção domiciliar.
Por fim, a criação de grupos de apoio aos cuidadores deve ser estruturada como ação permanente da APS. Esses espaços favorecem a troca de experiências, a educação em saúde e a construção das redes solidárias, fortalecendo a autonomia dos cuidadores e promovendo sua saúde. Evidências recentes apontam que tais grupos reduzem a sobrecarga, melhoram a qualidade do cuidado prestado e ampliam a corresponsabilidade social. Assim, apoiar cuidadores é parte indissociável da integralidade do cuidado nos SUS, valorizando tanto quem recebe quanto quem oferece cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025. Regulamenta a Lei nº 15.069, de 2 de julho de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 138, p. 3, 24 jul. 2025. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-12.562-de-23-de-julho-de-2025-643890984. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 139, p. 1, 22 jul. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-77, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 78, p. 33, 26 abr. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar: volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

MINAYO, M. C. de S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 319-324, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/54VDDz9vWN5hhhPXXJYbhcC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 ago. 2025.

1.11.11 Domínio: Saúde Mental

A atenção à saúde mental na AB é fundamental para a promoção do bem-estar, a prevenção de agravos e a redução do estigma associado ao sofrimento psíquico. Os serviços devem ser capazes de identificar e acompanhar pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou uso prejudicial de substâncias, oferecendo acolhimento, escuta qualificada, manejo clínico e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

É essencial que a equipe reavalie o uso de benzodiazepínicos, realize ações de prevenção ao tabagismo e ao uso de álcool e outras drogas, e mantenha estratégias de seguimento contínuo.

Quadro 18 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde Mental. QualiAB, 2025

Domínio: Saúde Mental (06 indicadores)	
Questão	Indicadores
E90	Ações realizadas no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico
E91	Cuidados realizados para pessoas com transtorno mental
E92	Reavaliação do uso crônico de benzodiazepínicos
E93	Ações realizadas para rastreamento e tratamento do tabagismo
E94	Ações realizadas para rastreamento e tratamento do uso nocivo e dependência de álcool
E95	Ações realizadas para rastreamento e tratamento do uso abusivo de outras drogas (exceto álcool)

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS NO CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO (Questão E90)

Padrão adotado

O cuidado de pessoas com sofrimento psíquico deve ser feito a partir da escuta ativa, identificação de situações com risco de autoextermínio, de situações de estigma, discussão e acompanhamento de caso com equipe de apoio multiprofissional, assim como com serviços especializados da rede de apoio, realizar encaminhamento para serviços especializados, mantendo o seguimento na Unidade, além de realizar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal ou autoprovocada. Deve-se realizar orientação aos familiares ou acompanhantes, assim como do usuário para identificação e enfrentamento de situações de violência institucional. Destaca-se que deve ser ofertado acompanhamento individual com profissional da equipe da unidade e grupos de vivência e/ou terapêuticos.

A saúde mental não pode ser dissociada da saúde global, estando presente nas múltiplas demandas que chegam diariamente às unidades de APS. Muitas pessoas procuram esses serviços motivadas por algum tipo de sofrimento — que pode ou não se configurar como "doença clássica" — e que demanda acolhimento e cuidado. As equipes devem reconhecer esse sofrimento como parte da atenção integral, atuando de forma articulada com a rede de cuidados, mas também assumindo sua competência por meio das tecnologias de cuidado disponíveis na APS.

O sofrimento psíquico pode ser definido como um estado emocional ou psicológico de angústia, desconforto ou sofrimento interno, que compromete o bem-estar do indivíduo, sem necessariamente caracterizar uma doença mental diagnosticável. Ele pode se manifestar por tristeza, ansiedade, inquietação, irritabilidade, insônia, desesperança ou sentimentos de desvalia, afetando a capacidade de lidar com demandas do dia a dia. Surge frequentemente em resposta a situações de vulnerabilidade social, estresse, perdas, conflitos interpessoais ou adversidades da vida, sendo considerado um indicador de risco para transtornos mentais caso não haja acolhimento, suporte social ou intervenção adequada.

As situações de sofrimento psíquico devem ser acolhidas de forma contextualizada, levando-se em consideração a vida social, comunitária e as vulnerabilidades locais do indivíduo. A escuta ampliada, a construção de vínculo terapêutico e a pactuação de projetos de cuidado compartilhados são estratégias essenciais, capazes de constituir medidas terapêuticas em si mesmas e de evoluir para outras abordagens conforme a demanda.

A APS deve ser o ponto de entrada de cuidado longitudinal, acolhendo as demandas de sofrimento com escuta qualificada e ativa, sem julgamento ou medicação excessiva. Esse acolhimento inicial é o momento para identificar sinais de risco, como ideação suicida, automutilação ou situação de violência e oferecer o suporte necessário, articulando com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando indicado.

As equipes devem atuar na identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico, estigma ou isolamento social, oferecendo acompanhamento individual ou em grupo com base em vínculo, continuidade e corresponsabilização. Grupos de vivências, práticas integrativas e espaços coletivos de fala fortalecem o protagonismo dos usuários e a promoção da saúde mental. O trabalho interprofissional, por meio da discussão de casos com a equipe multiprofissional, é essencial para ampliar a capacidade resolutiva da APS e evitar encaminhamentos desnecessários.

Nos casos que exigem apoio especializado, a APS deve articular-se com o CAPS e demais serviços da RAPS, garantindo o encaminhamento com o seguimento compartilhado e mantendo o vínculo do usuário com a unidade. A equipe também tem o dever de orientar familiares e cuidadores, apoiar o enfrentamento de situações de violência institucional e realizar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal ou autoprovocada. Em todas as ações, a APS deve promover respeito à autonomia, à singularidade e aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico.

No âmbito da APS, a unidade de saúde deve operar como componente ativo da RAPS, participando ativamente no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção de regimes terapêuticos nos quadros estáveis e nos processos de reabilitação psicossocial nos casos mais complexos. Mesmo os usuários seguidos por serviços especializados, como os CAPS, devem manter vínculo com a APS, para garantir que suas demandas de saúde integral (não apenas psiquiátricas) sejam atendidas no cotidiano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental. Acesso em: 6 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Diretrizes nacionais de atenção à enfermagem em saúde mental. Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/diretrizes-nacionais-enfermagem-saude-mental.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP-16). Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. Vitória: CRP-16, 2020. Disponível em: https://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES DE CUIDADO DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL
(Questão E91)

Padrão adotado

A APS é responsável pelo cuidado integral às pessoas com transtornos mentais, atuando na identificação precoce, acompanhamento contínuo e reabilitação psicossocial. Deve promover escuta ampliada, vínculo terapêutico e Projeto Terapêutico Singular (PTS), articulando-se com o eMulti e os serviços da RAPS. Entre suas ações estão a prevenção de IST, planejamento reprodutivo, orientação a familiares, uso racional de medicamentos e notificação de violências. A APS deve garantir cuidado humanizado, territorial e intersetorial, promovendo autonomia, dignidade e cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Um transtorno mental é definido como um conjunto de alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida do indivíduo. Essas alterações não decorrem apenas de fatores culturais, sociais ou de reações normais a situações de estresse, sendo identificadas por critérios clínicos específicos. Entre os principais transtornos estão a depressão, o transtorno bipolar, a esquizofrenia, os transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e de personalidade, além das demências. Essas condições exigem intervenção profissional adequada e, muitas vezes, acompanhamento contínuo e integrado entre os pontos da rede de atenção.

Na APS, o cuidado deve ser territorial, integral e interprofissional, considerando o contexto individual e comunitário do usuário. Estratégias como escuta ampliada, vínculo terapêutico e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) são fundamentais para organizar o cuidado de forma compartilhada e personalizada. O PTS deve ser priorizado para os casos mais complexos, articulando a equipe da unidade, o eMulti, a rede de apoio comunitário e os serviços especializados da RAPS (como CAPS e ambulatórios).

A APS desempenha papel essencial na identificação precoce dos transtornos mentais, no início do tratamento e no acompanhamento longitudinal dos usuários, inclusive na manutenção de tratamentos farmacológicos de quadros estáveis e na reabilitação psicossocial de pessoas com psicose ou transtornos graves. Mesmo os pacientes em acompanhamento especializado devem manter vínculo ativo com a Unidade Básica, garantindo o cuidado integral à saúde física, mental e social. A visita domiciliar periódica, a discussão de casos com o eMulti e o encaminhamento articulado com serviços especializados, com seguimento compartilhado, são práticas que fortalecem a coordenação do cuidado e evitam a fragmentação do acompanhamento.

As ações da APS devem incluir a identificação de situações de estigma, discriminação e violência, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, o planejamento reprodutivo e a orientação sobre o uso racional de medicamentos. Além disso, é dever da equipe orientar familiares e cuidadores, apoiar o enfrentamento de situações de violência institucional e realizar a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal ou autoprovocada. O reconhecimento e manejo de situações de risco de autoextermínio (ideação suicida) devem ser imediatos, com comunicação à rede de atenção e suporte multiprofissional.

Por fim, a APS deve promover o respeito à dignidade, à autonomia e à cidadania desses usuários. Isso implica garantir cuidado humanizado, contínuo e territorial, sustentado na clínica ampliada, no trabalho em equipe interdisciplinar e na articulação intersetorial com a assistência social, educação e justiça, consolidando a APS como eixo central da RAPS e promotora de saúde mental no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf. Acesso em: 27 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 27 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental. Acesso em: 6 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Diretrizes nacionais de atenção à enfermagem em saúde mental. Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/diretrizes-nacionais-enfermagem-saude-mental.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP-16). Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. Vitória: CRP-16, 2020. Disponível em: https://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11). Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en. Acesso em: 27 out. 2025.

INDICADOR:

A REAVALIAÇÃO DO USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS (Questão E92)

Padrão adotado

O acompanhamento dos casos em uso contínuo de benzodiazepínicos deve ser realizado em consulta médica e complementado por revisões de prontuários, registros em livro ou sistemas informatizados. Também devem ser considerados os controles de renovação de receitas periódicas e o monitoramento realizado pelo farmacêutico, seguido de discussão com a equipe multiprofissional. Além disso, é recomendada a realização de discussões periódicas em equipe com o objetivo de avaliar a necessidade de manutenção, redução e/ou substituição dos medicamentos.

Os benzodiazepínicos são uma classe de medicamentos psicotrópicos de uso controlado que atuam principalmente no sistema nervoso central, promovendo efeitos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares. Eles potencializam a ação do neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico), o principal neurotransmissor inibitório do cérebro, o que resulta em redução da excitabilidade neuronal e consequente diminuição da ansiedade, tensão e agitação. São frequentemente utilizados no tratamento de transtornos de ansiedade, insônia, crises convulsivas, espasmos musculares e síndromes de abstinência alcoólica.

São amplamente utilizados devido ao rápido início de ação e à eficácia no alívio da ansiedade, apresentando menor risco de morte quando comparados aos barbitúricos. No entanto, apesar de sua eficácia e segurança relativa em curto prazo, o uso prolongado desses medicamentos está associado ao desenvolvimento de tolerância, dependência física e psicológica, déficits cognitivos e sintomas de abstinência após a suspensão abrupta. Tais riscos tornam o uso racional dos benzodiazepínicos uma responsabilidade central da equipe da APS.

De acordo com as diretrizes clínicas mais recentes, o uso racional de benzodiazepínicos deve priorizar sua prescrição apenas em situações estritamente necessárias e por períodos limitados, geralmente de poucas semanas. Desde o início do tratamento, é fundamental que o médico e a equipe multiprofissional estabeleçam um prazo máximo de uso e negociem com o usuário uma estratégia de redução gradual, evitando interrupções bruscas.

Nos casos em que o uso contínuo for inevitável, recomenda-se que os pacientes sejam submetidos a reavaliações periódicas em consulta médica, com o apoio da equipe de saúde, incluindo o farmacêutico. Essas reavaliações devem considerar o balanço entre riscos e benefícios, discutindo a possibilidade de substituição ou suspensão do medicamento. O acompanhamento deve ser sistematizado e apoiado por revisões de prontuários, registros informatizados ou livros de controle de dispensação, bem como pelo controle de renovação de receitas periódicas.

Além disso, é importante que o controle farmacêutico seja integrado às discussões de equipe, a fim de promover estratégias de redução e/ou substituição gradual dos benzodiazepínicos. Intervenções psicossociais e terapias não farmacológicas, como a terapia cognitivo-comportamental, devem ser incentivadas como alternativas ou complementos ao tratamento medicamentoso.

Nos casos em que a suspensão total do medicamento não for possível, a equipe de saúde deve apoiar o usuário no enfrentamento da dependência e na construção de uma relação mais consciente e compartilhada com o uso do "remédio". Assim, busca-se reduzir os danos associados ao uso prolongado e promover maior autonomia e corresponsabilidade do paciente no cuidado.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Associação Brasileira de Psiquiatria. Transtornos de ansiedade: diagnóstico e tratamento – Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB/ABP; 2008. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/transtornos-de-ansiedade-diagnostico-e-tratamento.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas : volume 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/livropcdt_volumeiii.pdf/view. Acesso em: 28 out. 2025.

ISMP-BRASIL. Benzodiazepínicos: erros de medicação, riscos e desafios para a segurança do paciente. São Paulo: ISMP-Brasil; 2020. Disponível em: https://ismp-brasil.org/wp-content/uploads/2024/06/BOLETIM_BENZODIAZEPINICOS.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO TABAGISMO (Questão E93)

Padrão adotado

O cuidado a pessoas que fumam deve ser integral e individualizado, incluindo identificação do fumante, avaliação da motivação e dependência de nicotina, e decisões compartilhadas para o autocuidado. Devem ser oferecidos aconselhamento comportamental, tratamento farmacológico quando indicado, grupos de cessação do tabagismo, materiais educativos e capacitação da equipe. Quando necessário, deve ocorrer encaminhamento para serviços de referência, garantindo acompanhamento contínuo e promoção da saúde.

O tabagismo é definido como uma doença crônica, assim como uma dependência física e psicológica da nicotina, caracterizada pelo uso contínuo do tabaco, apesar das consequências prejudiciais à saúde já conhecidas e expostas pelas campanhas de combate ao tabagismo. Trata-se de um fator de risco importante para diversas doenças, incluindo câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e complicações durante a gestação, entre outras.

Envolve tanto componentes farmacológicos, devido à dependência da nicotina, quanto comportamentais, relacionados aos hábitos e ao contexto social do usuário. A dependência pode ser avaliada por instrumentos padronizados, como o Fagerström Test for Nicotine Dependence, e a abordagem inclui intervenções comportamentais, apoio motivacional e, quando indicado, terapia farmacológica de reposição de nicotina ou outros medicamentos.
O cuidado à pessoa que fuma deve ser integral, sistemático e centrado no usuário. As estratégias de cuidado devem iniciar com a identificação sistemática dos usuários de tabaco, avaliando seu grau de motivação para parar de fumar e o nível de dependência de nicotina, utilizando instrumentos validados. Com base nessa avaliação, devem ser construídas decisões compartilhadas com o usuário, considerando suas necessidades, expectativas e contexto social, de forma a elaborar um plano terapêutico individualizado.

É fundamental oferecer aconselhamento comportamental breve e individualizado, promovendo mudanças nos hábitos relacionados ao uso de tabaco. Quando indicado, deve-se disponibilizar tratamento farmacológico, como terapia de reposição de nicotina e/ou bupropiona, seguindo protocolos clínicos. Além disso, podem ser organizados grupos de aconselhamento para cessação do tabagismo, proporcionando suporte social e a troca de experiências entre os participantes.

A unidade de saúde deve ainda garantir capacitação contínua da equipe em estratégias de cessação do uso de tabaco e materiais educativos aos usuários, contendo informações sobre os riscos do tabagismo e métodos de abandono do hábito. Nos casos que demandarem atenção especializada, é necessário realizar encaminhamentos para serviços de referência, assegurando o seguimento adequado e contínuo do usuário.
Esse conjunto de ações busca promover um cuidado humanizado, resolutivo e centrado no usuário, alinhado às políticas públicas de saúde mental e atenção básica, contribuindo para a redução do consumo de tabaco e a promoção da saúde integral da população.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: prevenção do uso do tabaco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_uso_tabaco_.pdf. Acesso em: 27 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde/INCA, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 27 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Abordagem breve, mínima, básica na cessação do tabagismo: uma ação ao alcance de todos os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//abordagem_tabagismo_web.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.



INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

(Questão E94)

Padrão adotado

O cuidado a pessoas com uso nocivo de álcool inclui avaliação do padrão de consumo, investigação do uso de outras drogas e comorbidades associadas ao álcool. Devem ser construídas decisões compartilhadas e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), com Intervenção Breve, redução de danos e identificação de riscos, como ideação suicida. As unidades devem oferecer grupos de apoio a usuários e familiares, orientações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e contracepção, além de detecção e acompanhamento de violência. É essencial discussão de casos com equipe multiprofissional e serviços especializados, encaminhamentos adequados e capacitação contínua da equipe.

O uso nocivo de álcool é caracterizado pelo consumo de bebidas alcoólicas em padrões que causam prejuízo à saúde física ou mental do indivíduo, incluindo consequências sociais, familiares e ocupacionais. Não é necessário que haja dependência para que o uso seja considerado nocivo; basta que o consumo gere danos à integridade ou ao funcionamento do indivíduo.

A dependência de álcool, por sua vez, é uma condição mais grave, caracterizada por um padrão de consumo compulsivo, perda de controle sobre a ingestão, craving (desejo intenso de beber), tolerância (necessidade de doses maiores para atingir os mesmos efeitos) e sintomas de abstinência quando o consumo é reduzido ou interrompido. A dependência geralmente leva a prejuízos significativos na vida pessoal, social, ocupacional e de saúde do indivíduo.

O uso nocivo e dependência de álcool representam um significativo problema de saúde pública, com elevada prevalência e impacto na qualidade de vida dos indivíduos. É essencial que as UBS estejam preparadas para identificar precocemente essas condições, oferecendo acolhimento sem julgamentos morais e respeitando as singularidades culturais e sociais de cada usuário.

A detecção precoce é fundamental para o sucesso do tratamento, sendo necessária a capacitação contínua dos profissionais de saúde na aplicação de instrumentos validados, como o AUDIT ou o CAGE, para avaliar o padrão de consumo e identificar riscos associados. Além disso, é crucial a construção de decisões compartilhadas com os usuários, respeitando suas necessidades e contextos, e o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que orientem o cuidado de forma personalizada.

As estratégias de intervenção devem incluir ações de redução de danos, intervenções breves e apoio psicossocial, com o suporte da equipe eMulti. Nos casos em que o uso abusivo evolui para dependência, é necessário o encaminhamento para serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mantendo o acompanhamento na UBS de forma articulada.

É fundamental ainda a promoção de grupos de apoio para usuários e familiares, visando fortalecer a rede de suporte social e familiar, e a implementação de ações educativas sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e contracepção, já que são grupos de maior risco para essas afecções. A detecção e o acompanhamento de situações de violência também devem ser incorporados às práticas de cuidado, garantindo a proteção integral dos usuários.
Esse modelo de cuidado busca assegurar uma abordagem integral, contínua e centrada no usuário, promovendo sua autonomia e qualidade de vida, e contribuindo para a efetivação dos direitos humanos e sociais no contexto da saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado. Portal. Transtornos por uso de álcool no adulto. Unidade de Atenção Primária. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/ Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta Nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES-MS: Uso do álcool no Brasil como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-263-2024-svsa-saps-saes-ms.pdf Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.163, de 2 de outubro de 2024. Institui Grupo de Trabalho em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para subsidiar atualização do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5163_03_10_2024.html. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool/view. Acesso em: 28 out. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS PARA RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO USO ABUSIVO DE OUTRAS DROGAS (EXCETO O ÁLCOOL

(Questão E95)

Padrão adotado

O cuidado a pessoas com uso abusivo de outras drogas inclui avaliação do padrão de consumo, investigação de comorbidades associadas e construção de decisões compartilhadas e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Devem ser realizadas intervenções breves, redução de danos, identificação de riscos como a ideação suicida, e oferta de grupos de apoio para usuários e familiares, com orientações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e contracepção, além de detecção e acompanhamento de situações de violência. A gestão dos casos deve incluir discussões com equipe multiprofissional e serviços especializados, encaminhamentos adequados e capacitação contínua da equipe.

O uso abusivo de drogas refere-se ao consumo de substâncias psicoativas em padrões que geram prejuízos à saúde física, mental ou social do indivíduo, independentemente de haver dependência. Esse uso pode levar a comprometimento do desempenho ocupacional ou escolar, problemas familiares, risco de acidentes, envolvimento com violência ou atividades ilícitas, além de aumento da vulnerabilidade a doenças. Quando o uso se torna frequente ou intenso, ele pode evoluir para dependência, caracterizada por tolerância (necessidade de doses maiores para atingir os mesmos efeitos), craving (desejo intenso de consumir a droga) e sintomas de abstinência.

O cuidado a pessoas com uso abusivo de outras drogas deve ser integral e centrado no usuário, considerando suas necessidades individuais, contextos familiares e sociais. As unidades de saúde devem realizar a avaliação do padrão de consumo, utilizando instrumentos padronizados como o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), e investigar possíveis comorbidades associadas, garantindo intervenções adequadas a cada situação.

A equipe deve construir decisões compartilhadas para o autocuidado e, quando necessário, desenvolver um Projeto Terapêutico Singular (PTS), definindo estratégias personalizadas de cuidado. É essencial identificar situações de risco, como ideação suicida, e oferecer intervenções breves e ações de redução de danos.

As unidades devem organizar grupos de apoio para usuários e familiares, além de fornecer orientações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e contracepção, e realizar detecção e acompanhamento de situações de violência relacionadas ao uso de drogas. A gestão dos casos deve incluir discussões com o eMulti ou equipe multiprofissional e com serviços especializados da rede de apoio, como CAPS ou Narcóticos Anônimos (NA), além de encaminhamentos para serviços especializados ou comunidades terapêuticas, garantindo o seguimento adequado.
É fundamental promover a capacitação contínua da equipe para aprimorar a abordagem, acolhimento e intervenção no uso de outras drogas, assegurando um cuidado humanizado, resolutivo e articulado à RAPS, centrado na promoção da saúde integral do usuário e de sua família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD) 2022-2027. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf Acesso em: 28 out. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.163, de 2 de outubro de 2024. Institui Grupo de Trabalho em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para subsidiar atualização do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5163_03_10_2024.html. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 6 out. 2025.

NEVES, M. P. das; et al. Adição í drogas, o consumo de substâncias psicoativas por jovens, utilizando o instrumento assist. Saúde Coletiva (Barueri), 9(51), 1913-1919. Disponível em: https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i51p1913-1919. Acesso em: 28 out. 2025.

1.12 Dimensão: Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal

A dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal reúne os elementos essenciais que estruturam o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (eSB) na AB, considerando tanto sua integração com a equipe da saúde da família (eSF) ou de atenção primária (eAP) quanto a qualidade, completude e organização das ações ofertadas à população. Essa dimensão reflete o que é fundamental que os serviços apresentem para garantir cuidado integral, contínuo e resolutivo em saúde bucal, em consonância com os princípios da APS e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Para uma atuação qualificada, é imprescindível que a eSB esteja plenamente integrada ao conjunto de profissionais da unidade, compartilhando informações, planejamento, diagnósticos situacionais e fluxos assistenciais. A organização do agendamento, incluindo critérios claros para consultas programadas e manejo da demanda espontânea, é elemento estruturante do processo de trabalho, assegurando acesso oportuno e continuidade do cuidado.

A resolutividade clínica é outro componente essencial dessa dimensão, incluindo a realização dos principais procedimentos restauradores, preventivos, cirúrgicos básicos e de reabilitação compatíveis com a AB. A organização da atenção às urgências odontológicas, com fluxos definidos, acolhimento adequado e manejo oportuno, é fundamental para garantir segurança, continuidade e efetividade no cuidado. Assim, os 08 indicadores apresentados no Quadro 17 compõem esta dimensão, que possui um único domínio.

Quadro 19 – Indicadores e questões correspondentes que compõem o domínio Saúde Bucal da dimensão Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal. QualiAB, 2025

Dimensão: Organização do Trabalho e Atenção à Saúde Bucal Domínio: Saúde Bucal (8 indicadores)	
Questão	Indicadores
SB5	Integração entre a equipe de saúde bucal e a equipe da unidade
SB7	Organização do agendamento da consulta odontológica
SB8	Atividades realizadas pelo auxiliar/técnico em Saúde Bucal
SB9	Atividades realizadas pelo dentista
SB10	Ações realizadas de promoção e prevenção em saúde bucal
SB11	Estratégias de educação em saúde bucal
SB12	Procedimentos realizados para o tratamento e reabilitação em saúde bucal
SB13	Organização da atenção às urgências odontológicas

INDICADOR:

INTEGRAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E A EQUIPE DA UNIDADE (Questão SB5)

Padrão adotado

A integração da equipe de saúde bucal com as demais equipes da APS deve ocorrer por meio da participação em reuniões de rotina e discussões de casos, com ênfase na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares e na realização de consultas compartilhadas. Essa integração também se concretiza pela participação em atividades educativas conjuntas, visitas domiciliares e reuniões de equipe. Tais ações fortalecem a corresponsabilização, ampliam a resolutividade e asseguram a integralidade da atenção. O trabalho multiprofissional contínuo e articulado consolida a saúde bucal como parte essencial do cuidado em saúde no território.

A integração da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da unidade de saúde deve ocorrer de forma a garantir um cuidado integral e articulado. Uma ação concreta e prioritária é a participação regular nas reuniões de rotina da equipe, momento em que são discutidas as demandas do território, o planejamento de ações coletivas e a avaliação dos resultados alcançados. Além disso, a eSB deve participar de reuniões específicas, agendadas conforme a necessidade, especialmente diante de situações que exijam decisões compartilhadas ou a reorganização do processo de trabalho.

Outro ponto fundamental é a participação ativa da equipe de saúde bucal nas discussões de casos clínicos, contribuindo com um olhar multiprofissional para a avaliação integral dos usuários. Nessas ocasiões, a equipe de saúde bucal colabora na elaboração de diagnósticos ampliados e na definição de estratégias de cuidado. E, quando necessário, elaborar o Projeto Terapêutico Singular de forma compartilhada, valorizando as contribuições de cada área profissional no acompanhamento de usuários em situações de maior complexidade.

A integração também se expressa na realização de atividades de educação em saúde em conjunto com outros profissionais da unidade. Ações como rodas de conversa, grupos educativos, campanhas de prevenção e práticas coletivas devem incluir a perspectiva da saúde bucal, favorecendo a abordagem dos fatores de riscos comuns a diversas doenças crônicas e fortalecendo a promoção da saúde no território.

Outra estratégia importante é a realização de consultas compartilhadas, que permitem a troca de saberes, a formação em serviço e a construção de condutas conjuntas. Consultas integradas entre dentista, médico, enfermeiro e outros profissionais podem ser realizadas, por exemplo, em caso de gestantes, pessoas com deficiência, pacientes com doenças crônicas e usuários acamados, ampliando o conjunto de ações da unidade.

A realização de visitas domiciliares conjuntas é igualmente estratégica. Nessas situações, a equipe de saúde bucal deve se integrar às visitas realizadas por agentes comunitários, médicos, enfermeiros ou fisioterapeutas, garantindo atenção integral em contexto de vulnerabilidade, restrição de mobilidade ou situações de risco. A presença do cirurgião-dentista e do auxiliar ou técnico em saúde bucal fortalece a capacidade da equipe em identificar problemas precocemente e organizar intervenções adequadas.

Por fim, a integração deve ser entendida como prática cotidiana e contínua, que vai além da soma de ações individuais. A troca de informações, o planejamento coletivo, a corresponsabilização pelos usuários e a construção de vínculos interprofissionais fortalecem a unidade como espaço de cuidado integral. Dessa forma, a equipe de saúde bucal passa a ser reconhecida não apenas como provedora de procedimentos odontológicos, mas como parte essencial da produção do cuidado em saúde no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.º 17: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha: conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_saude_bucal_2015.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha: saúde bucal da gestante. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2022/cartilha-a-saude-bucal-da-gestante.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: condutas para diagnóstico das desordens orais potencialmente malignas e do câncer de boca. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_pratica_odontologica_aps_cancer.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 001/2023: sobre a Portaria nº 960, de 17 de julho de 2023 – indicadores de desempenho de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.cosemsce.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Nota-Informativa-n.001-Sobre-a-Portaria-960-de-17-de-julho-de-2023.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_acoes_politica_nacional_saudebucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 8 set. 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Guia rápido: saúde bucal na Atenção Primária. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2024. Disponível em: https://www.subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_GuiaRapido-SaudeBucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

INDICADOR:

ORGANIZAÇÃO DO AGENDAMENTO DA CONSULTA ODONTOLÓGICA (Questão SB7)

Padrão adotado

A organização da agenda odontológica pode adotar diferentes modalidades: fila de espera, em livro, dias ou turnos específicos para agendamento, marcação coletiva no início de cada turno, consultas para grupos de usuários ou agendas exclusivas por condição de saúde e ciclo de vida. Todas são estratégias válidas, porém com hora marcada para cada usuário se destaca por organizar melhor o fluxo de atendimento, reduzir o tempo de espera e garantir previsibilidade ao cuidado. Além disso, facilita o acompanhamento individualizado, a continuidade do tratamento e o planejamento da equipe multiprofissional.

A organização da agenda odontológica deve garantir acesso equitativo, contínuo e transparente para toda a população adscrita à unidade. O registro deve ser feito em livro de agendamento com fila de espera atualizada, permitindo o acompanhamento da demanda reprimida e o planejamento da oferta de vagas. Essa organização assegura que nenhum usuário seja excluído do acesso e que a unidade mantenha critérios claros para entrada no sistema.

É recomendado que cada serviço defina dias ou turnos específicos para o agendamento de consultas, facilitando a logística de marcação e evitando sobrecarga nos horários de atendimento. Em algumas unidades, opta-se por disponibilizar o agendamento no início de cada turno - manhã ou tarde - como forma de distribuir melhor a procura espontânea e oferecer previsibilidade aos usuários. Outra modalidade é o agendamento com hora marcada para cada usuário, o que organiza o fluxo e reduz o tempo de espera. Também pode ser

realizado com hora marcada para grupo de usuários, especialmente quando se planejam ações educativas ou preventivas em conjunto como atendimentos coletivos de escolares, gestantes ou pessoas idosas.

É fundamental reservar agendamentos exclusivos para condições específicas de saúde, como hipertensão, diabetes, HIV ou doenças crônicas, garantindo um acompanhamento periódico desses grupos prioritários. Da mesma forma, o agendamento pode ser organizado por ciclo de vida, instituindo dias dedicados para crianças, adolescentes, gestantes e idosos, o que facilita a programação de ações específicas e o monitoramento longitudinal do cuidado.
Protocolos recentes e experiências municipais têm apontado para adoção de estratégias de acesso avançado, que combinam consultas agendadas previamente com vagas reservadas para demanda espontânea e urgências. Essa prática aumenta a resolutividade, reduz filas de espera e melhora a satisfação do usuário. Assim, a organização da agenda deve ser dinâmica, revisada periodicamente e construída em diálogo com a equipe multiprofissional, de forma a atender às necessidades do território e garantir a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

CIRINO, F. M. S. B. et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 1-9, 2020. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111. Acesso em: 8 set. 2025.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. do A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/bhf7HrChW3gg8SdkFpf793r/?format=html&lang=pt. Acesso em: 8 set. 2025.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre: organização da rede e fluxos de atendimento. 2. ed. Porto Alegre: SMS, 2023. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/Protocolo%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20Bucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo de Atenção à Saúde: Odontologia na Atenção Primária. Brasília: SES-DF, 2020. Disponível em: https://saude.df.gov.br/documents/37101/90046/Protocolo+de+Odontologia+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria.pdf/a9bebc56-b40d-b7b9-dd3c-3b99055b6e5f?t=1651595626072. Acesso em: 8 set. 2025.

INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS PELO AUXILIAR/TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL (Questão SB8)

Padrão adotado

O Auxiliar e o Técnico em Saúde Bucal atuam no acolhimento e preparo dos usuários, auxiliam o cirurgião-dentista, realizam limpeza, esterilização e controle de insumos, além de aplicar medidas de biossegurança. Também participam de ações educativas, visitas domiciliares, busca ativa e atividades conjuntas com agentes comunitários, inserindo e atualizando dados nos sistemas. Contribuem ainda para o monitoramento dos indicadores de saúde bucal.

O auxiliar e o técnico em saúde bucal exercem funções fundamentais para a organização e qualidade do cuidado odontológico nas unidades de saúde. Entre suas atribuições estão o acolhimento e a recepção de usuários agendados ou não agendados, a preparação do paciente para o atendimento clínico e a atuação direta junto ao cirurgião-dentista, auxiliando e instrumentando os procedimentos odontológicos. Tais atividades são realizadas de forma humanizada, articulando o acesso e integralidade preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica.

O trabalho desses profissionais envolve também execução de medidas de biossegurança, incluindo lavagem, preparo e esterilização de materiais e instrumentos, bem como a manutenção de ambientes seguros e adequados ao atendimento. O gerenciamento de insumos odontológicos é igualmente parte essencial da rotina, compreendendo a conferência, organização, solicitação mensal de materiais e o controle dos estoques, garantindo condições de trabalho contínuas para a equipe.

Além do suporte clínico, o ASB ou TSB participa ativamente das ações educativas de promoção da saúde e prevenção de agravos, contribuindo em atividades coletivas como escovação supervisionada, palestras em escolas e grupos comunitários. Esse trabalho se articula com agentes comunitários de saúde e outras categorias profissionais, reforçando a abordagem multiprofissional e a busca ativa de pacientes, com destaque para crianças, gestantes, idosos e grupos em situação de vulnerabilidade.

Outra frente importante é a atuação em visitas domiciliares, apoiando ações de prevenção, acompanhamento de pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção e garantindo continuidade do cuidado. Neste contexto, também colaboram na inserção, organização e atualização de informações nos sistemas de registro da APS, contribuindo para o monitoramento dos indicadores de saúde bucal, aspecto estratégico da atual política nacional de saúde bucal, que vincula parte do financiamento ao desempenho das equipes.

Assim, um conjunto de atividades desempenhadas por auxiliares e técnicos em saúde bucal reafirma a centralidade desses profissionais no modelo de atenção preconizado pelo SUS. Seu trabalho integra dimensões clínicas, preventivas, educativas e gerenciais, fortalecendo a resolutividade da APS e a efetivação das políticas em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.° 17: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa n° 001/2023: sobre a Portaria n° 960, de 17 de julho de 2023 – indicadores de desempenho de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.cosemsce.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Nota-Informativa-n.001-Sobre-a-Portaria-960-de-17-de-julho-de-2023.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_acoes_politica_nacional_saudebucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei n° 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e de Auxiliar em Saúde Bucal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 251, p. 2-3, 26 dez. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11889.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei n° 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, n. 87, p. 88, 9 maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

INDICADOR:

ATIVIDADES REALIZADAS PELO DENTISTA (Questão SB9)

Padrão adotado

O cirurgião-dentista na APS realiza consultas de urgência, agendadas e pré-natal odontológico, elaborando planos preventivo-terapêuticos e executando tratamentos completos. Diferencialmente, atua em consultas compartilhadas, busca ativa de grupos prioritários, atendimento a pessoas domiciliadas ou institucionalizadas e na identificação de casos de violência. Também desenvolve ações educativas, visitas domiciliares, matriciamento, registro de notificações, supervisão de auxiliares/técnicos e monitoramento de indicadores, fortalecendo a integralidade do cuidado em saúde bucal.

O cirurgião-dentista na APS é responsável pelo atendimento integral aos usuários, realizando consultas de demanda espontânea, urgência e consultas previamente agendadas conforme a organização do processo de trabalho da equipe. Nessas consultas, cabe elaborar planos preventivos-terapêuticos individualizados, executar o tratamento completo e assegurar o acompanhamento clínico das diferentes fases do cuidado, com ênfase também no Pré-Natal odontológico.

Diferencialmente, a consulta compartilhada é importante, pois permite integrar essa perícia entre profissionais, qualificando o cuidado integral ao usuário. Essa prática rompe com a lógica centrada apenas no consultório e amplia a resolutividade da APS, articulando o cirurgião-dentista com médicos, enfermeiros e demais profissionais da equipe.

O acompanhamento clínico inclui a identificação precoce de câncer de boca, bruxismo, apertamento dentário e necessidades de prótese, garantindo encaminhamentos oportunos para níveis de referência quando necessário. O profissional também participa de ações educativas de promoção e prevenção, visitas domiciliares, atividades de matriciamento e do registro de notificações compulsórias, sempre integrando a prática clínica e a vigilância em saúde.

Outro diferencial é a busca ativa e monitoramento de grupos prioritários, como gestantes, pessoas com hipertensão e diabetes, crianças e idosos, assegurando o acesso equitativo e o acompanhamento continuado. Do mesmo modo, a assistência odontológica para pessoas domiciliadas, acamadas e institucionalizadas amplia a integralidade da atenção e garante inclusão de populações historicamente negligenciadas no cuidado odontológico.

Por fim, destaca-se a responsabilidade do cirurgião-dentista na supervisão e educação permanente dos usuários e técnicos, no monitoramento dos indicadores de saúde bucal e na educação permanente da própria equipe. O reconhecimento de situações de maus tratos e violência é outro diferencial, pois reforça o papel do dentista como um agente de proteção social no território, articulando a rede de cuidados para além do atendimento clínico.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, M. G. DA S.; RONCALLI, A. G.; ROSENDO, T. S. Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 2, p. e310203, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/y9SWBkbKQkHSnBCjtLBZXDg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.º 17: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_acoes_politica_nacional_saudebucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, n. 87, p. 88, 9 maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. DOS A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde em Debate, v. 39, n. 104, p. 56–64, jan. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GPvjRpdBr5CCZbZRJ6jJWqS/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 set. 2025.

INDICADOR:

AÇÕES REALIZADAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL
(Questão SB10)

Padrão adotado

As ações de promoção e prevenção em saúde bucal na APS englobam atividades coletivas e educativas que visam reduzir agravos, fortalecer a autonomia dos usuários e estimular hábitos saudáveis. Entre elas, destacam-se as orientações para a prevenção do câncer bucal e a participação da equipe de saúde bucal em grupos de tabagismo e de gestantes. No âmbito intersetorial, o Programa Saúde na Escola amplia o alcance das ações educativas e preventivas, favorecendo o envolvimento de diferentes públicos e faixas etárias.

As ações de promoção e prevenção em saúde bucal na APS são centradas em atividades coletivas e individuais que visam reduzir agravos, ampliar a autonomia do usuário e fomentar hábitos saudáveis. Entre elas, destacam-se a aplicação tópica de flúor em gel e a escovação dental supervisionada, reconhecidas como estratégias eficazes de prevenção de cárie dentária, sobretudo em escolares e adolescentes. Essas atividades devem ser organizadas de forma periódica com registro adequado no e-SUS AB, e alinhadas às recomendações técnicas que prevêem ainda a evidenciação da placa bacteriana como recurso pedagógico para sensibilizar usuários quanto à importância da higiene oral.

Outra dimensão essencial envolve a realização de exames bucais com finalidade epidemiológica e a prevenção do câncer bucal. Ações de rastreamento de grupos prioritários, identificação precoce de lesões potencialmente malignas e encaminhamento adequado fazem parte das atribuições da equipe de saúde bucal em consonância com as diretrizes sobre câncer de boca. Essas atividades contribuem não apenas para o diagnóstico precoce, mas também para a vigilância em saúde, integrando seus levantamentos epidemiológicos nacionais.

As orientações sobre higiene oral e higienização de próteses dentárias constituem ações educativas de grande impacto, pois permitem a manutenção da saúde periodontal, reduzem riscos de infecção e favorecem a qualidade de vida, sobretudo entre idosos e usuários de próteses. Tais práticas devem ser reforçadas em consultas individuais e em atividades coletivas, com enfoque em metodologias participativas e linguagem acessível. Além do exposto, a ênfase no aleitamento materno como fator protetor para o desenvolvimento orofacial, associada a orientações sobre o uso adequado de chupetas e mamadeiras, devem compor as atividades voltadas para gestantes e puérperas, conforme indicado em manuais recentes do Ministério da Saúde.

No âmbito intersetorial, o Programa Saúde na Escola constitui espaço privilegiado para articular ações educativas, preventivas e de vigilância em saúde bucal. Recomenda-se que as equipes desenvolvam atividades integradas com professores e gestores escolares, incluindo oficinas sobre alimentação saudável, prevenção de traumatismos dentários, além da prática sistemática de escovação supervisionada e aplicação de flúor.

A participação da equipe de saúde bucal em grupos de tabagismo e em grupo de gestantes amplia o alcance das ações preventivas, fortalecendo a promoção da saúde em diferentes ciclos de vida. Nos grupos de tabagismo cabe destacar a relação entre consumo de tabaco e câncer bucal, integrando ações de aconselhamento e acompanhamento multiprofissional. Nos grupos de gestantes deve-se realizar orientações sobre higiene oral, saúde gengival, prevenção de cárie precoce da infância e cuidados durante a gestação, que representam práticas essenciais para a redução de riscos e para promoção da saúde integral da mãe e do bebê.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente (página institucional). Brasília: MS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_bucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha: saúde bucal da gestante. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2022/cartilha-a-saude-bucal-da-gestante.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ficha técnica do indicador: Escovação supervisionada na APS. Brasília: MS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-saude-bucal/escovacao-supervisionada/@@download/file. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.636, de 28 de junho de 2024. Institui incentivo financeiro de custeio para a retomada das ações de saúde bucal em apoio ao Programa Saúde na Escola - PSE. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, n. 124, p. 203, 01 jul. 2024. Disponível em: https://cosemspi.org.br/wp-content/uploads/2024/07/PORTARIA-GM_MS-No-4.636-DE-28-DE-JUNHO-DE-2024-PORTARIA-GM_MS-No-4.636-DE-28-DE-JUNHO-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: recomendações para higiene bucal na infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/diretrizes-clinicas-para-a-aps/diretrizes-abordadas/diretriz-clinica-para-pratica-odontologica-na-atencao-primaria-a-saude-2013-recomendacoes-para-higiene-bucal-na-infancia-versao-resumida. Acesso em: 8 set. 2025.

FARIAS, J. M. de; MINGHELLI, L. C.; SORATTO, J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. Cadernos Saúde Coletiva, v. 28, n. 3, p. 381–389, jul. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VPxk9PgX9xQxHqCLDZqwFhF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 set. 2025.

OLIVEIRA, M. T. P. de et al. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 32, n. 1, p. e320106, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/BGG7znsRCFRXLvLnctyTrwS/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 set. 2025.

INDICADOR:

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

(Questão SB11)

Padrão adotado

As estratégias de educação em saúde bucal na APS devem incluir grupos realizados nas unidades e na comunidade, atividades em escolas, instituições para idosos e serviços socioassistenciais. Essas ações valorizam a participação social, a intersetorialidade e o diálogo com saberes populares, promovendo autonomia e equidade. A atuação contínua e integrada amplia o impacto das práticas educativas, fortalecendo a prevenção de doenças e a promoção da saúde bucal.

As ações educativas em saúde bucal realizadas nos grupos de usuários dentro das unidades básicas de saúde constituem uma das estratégias centrais da APS. Nessas atividades as equipes podem orientar sobre higiene oral, uso de próteses, prevenção de doenças bucais e detecção precoce de agravos, além de fortalecer o vínculo entre os usuários e os serviços. Essa abordagem favorece a integralidade do cuidado e estimula práticas de autocuidado no território.

A realização de grupos comunitários amplia o alcance da educação em saúde bucal, envolvendo famílias e lideranças locais em rodas de conversa, oficinas e mutirões. Essas ações, ao promoverem a troca de saberes entre profissionais e comunidade, incorporam os princípios da educação popular em saúde, reconhecendo os sujeitos como protagonistas de sua saúde, além disso, favorecem a intersetorialidade, já que podem ser articuladas com iniciativas de promoção da saúde e vigilância em saúde.

Outro espaço estratégico é a parceria com creches e escolas por meio do Programa Saúde na Escola. A realização de atividades lúdicas e pedagógicas, como escovação supervisionada, uso de evidenciadores de placa bacteriana e oficinas sobre alimentação saudável, contribui para a formação de hábitos desde a infância e tem impacto positivo nos indicadores de saúde bucal. Estudos recentes ressaltam que intervenções escolares são eficazes quando realizadas de forma contínua, participativa e integrada ao cotidiano educativo.

As instituições para idosos, como casas de acolhimento e abrigos também devem ser contempladas pelas ações educativas em saúde bucal. Nesse público, o foco deve estar no cuidado com próteses, prevenção de infecções orais, manutenção da mastigação e na promoção da qualidade de vida. Ações em grupo nesses espaços contribuem para reduzir a vulnerabilidade, estimular a autonomia e valorizar a saúde bucal como parte do envelhecimento ativo.

A educação em saúde bucal deve alcançar os serviços socioassistenciais, como CRAS e CREAS e projetos sociais. Nesses contextos, as ações educativas contribuem para reduzir

desigualdades em populações em maior situação de vulnerabilidade, muitas vezes com limitado acesso a cuidados odontológicos. Estratégias dialógicas, rodas de conversa e oficinas sobre higiene oral, prevenção de câncer bucal e hábitos saudáveis fortalecem a cidadania e a equidade em saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, L. F.; FORTE, F. D. S.; NUTO, S. de A. S. Educação Popular na saúde bucal: análise de práticas educativas na Atenção Primária. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, e34086, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/jL7wsMxbsTxDSZDzXkvQDrc/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL, P. R. da C.; MAIA, A. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280414, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/L7DhfhY3qwpbzwsKdfjKkLN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão população. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2024/09/politica_nacional_saude_bucal_acoes.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. S9-S19, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/dRZhMgLvLxqsRqpGgzJPRss/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 9 set. 2025.

ROSELINO, P. L.; DAMASCENO, J. L.; FIGUEIREDO, G. L. A. Saúde bucal na atenção primária à saúde: articulações entre o ensino e a estratégia de saúde da família. Revista de Odontologia da UNESP, v. 48, e20190081, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rounesp/a/9wH8Vd5xtHYXQsFxqTnKkvb/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 9 set. 2025.

SILVA, É. T. et al. Disparidades do protagonismo das equipes de saúde bucal no processo de trabalho na APS. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 58, p. 14, 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2024.v58/14/pt. Acesso em: 9 set. 2025.

INDICADOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS PARA O TRATAMENTO E REABILITAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

(Questão SB12)

Padrão adotado

Na APS, os procedimentos odontológicos incluem ações preventivas, diagnósticas, curativas e reabilitadoras, encaminhando para o CEO os procedimentos de maior complexidade. O conjunto diversificado de procedimentos realizados procura responder às principais necessidades de saúde bucal, de modo a garantir resolutividade e integralidade do cuidado.

Na APS, os procedimentos odontológicos possuem um papel estratégico na resolutividade e integralidade do cuidado, articulando ações preventivas, diagnósticas, curativas e reabilitadoras. As diretrizes e a Política Nacional de Saúde Bucal reforçam que cabe às equipes de saúde bucal ofertarem desde medidas básicas, como aplicação de flúor, até condutas clínicas mais complexas, assegurando acesso oportuno e continuidade assistencial.

No campo da prevenção e de conservação dental, destacam-se a aplicação tópica de flúor, a profilaxia para remoção de placa bacteriana e a raspagem supra e subgengival. A aplicação de selante é reconhecida como diferencial, por sua efetividade na prevenção de cárie em crianças e adolescentes. Associada a técnicas como o tratamento restaurador atraumático e a aplicação de cariostáticos, contribui para ampliar o acesso e reduzir desigualdades.

Entre os procedimentos cirúrgicos básicos, a APS deve ofertar exodontia de dentes decíduos e permanentes, frenectomia e sutura simples e tratamento de alveolite. Situações específicas como pericoronarite e gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) requerem protocolos clínicos claros e garantem que o usuário receba cuidado seguro e resolutivo com encaminhamento aos Centros de Especialidades Odontológicas quando necessário. Esses procedimentos fazem parte da rotina diária registrada nos sistemas de informação.

A APS também exerce papel essencial em procedimentos conservadores que visam preservar dentes e tecidos de suporte e estão incluídos o capeamento pulpar, curativos de demora e acesso a polpa com medicação, fundamentais para a manutenção da vitalidade dental. Além disso, a biópsia de tecidos moles constitui recurso que pode estar disponível nesse nível de atenção, sendo estratégico na detecção precoce de lesões potencialmente malignas.

Por fim, há procedimentos que constam da carteira de serviços de APS para a saúde bucal, mas que nem todas as unidades básicas realizam, a depender das condições de trabalho e do contexto local. Entretanto, espera-se que a curto e médio prazo esses procedimentos possam ser incorporados em um número ampliado de serviços, como a instalação, adaptação e ajustes de prótese dentárias e o atendimento em situações de urgência odontológica com

a realização de tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental e contenção dental por esplintagem, que são diferenciais para manutenção funcional e estética após traumas.

A progressiva ampliação dos recursos e da capacidade resolutiva das eSB nas UBS certamente estão consolidando a APS como porta de entrada qualificada e capaz de integrar prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_bucal.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria De Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Protocolo de odontologia na atenção primária. Brasília: SES-DF, 2023. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+Odontologia+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria.pdf/9ce76713-982f-a2fc-1638-63d667ea1731?t=1698232573110. Acesso em: 9 set. 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Guia rápido: saúde bucal na atenção primária. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2024. Disponível em: https://www.subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_GuiaRapido-SaudeBucal.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

ROSELINO, P. L.; DAMASCENO, J. L.; FIGUEIREDO, G. L. A. Saúde bucal na atenção primária à saúde: articulações entre o ensino e a estratégia de saúde da família. Revista de Odontologia da UNESP, v. 48, p. e20190081, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rounesp/a/9wH8Vd5xtHYXQsFxqTnKkvb/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 9 set. 2025.

SOROCABA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Códigos de procedimentos odontológicos – SIGTAP/SUS. Sorocaba: Coordenação de Saúde Bucal, 2025. Disponível em: https://saude.sorocaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2025/06/junho-2025sigtap.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

TOLEDO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de registro de procedimentos – saúde bucal. Toledo: Prefeitura Municipal, 2025. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2025-04/manual_de_registro_de_procedimentos_assinado.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

VIEIRA, M. F. et al. Produção de próteses dentárias no SUS em idosos brasileiros e impacto da pandemia covid-19. Revista de Saúde Pública, v. 57, p. 51, 2023. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2023.v57/51/pt. Acesso em: 9 set. 2025.

INDICADOR:

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS (Questão SB13)

Padrão adotado

A organização das urgências odontológicas na APS deve garantir acesso rápido e resolutivo, seja por ordem de chegada ou pela priorização de grupos vulneráveis e classificação de risco. O manejo imediato da dor, aliado à alocação em agenda, assegura a resolutividade e a continuidade do cuidado. Embora o uso de vagas limitadas por período facilite o controle, pode restringir o acesso. O modelo recomendado combina acolhimento qualificado, triagem e resolubilidade, reafirmando o direito à atenção integral em saúde bucal no SUS.

A organização dos atendimentos de urgência odontológica na APS deve assegurar o acesso imediato e resolutivo aos usuários em situações que envolvem dor, trauma ou risco de agravamento das condições bucais. Um dos modelos mais comuns é o atendimento por ordem de chegada, no qual todos os casos que buscam serviço em determinado dia são acolhidos e encaminhados para avaliação clínica. Embora garanta a simplicidade no fluxo, este modelo pode gerar longas esperas e não considera a gravidade do quadro apresentado. De forma mais equitativa, recomenda-se a classificação por risco e/ou grupos prioritários, considerando critérios clínicos e sociais. Gestantes, crianças, idosos, pessoas com deficiência e pacientes com dor intensa devem ter prioridade no atendimento. Essa abordagem está alinhada com as diretrizes que orientam a integralidade e a equidade do cuidado, respeitando a vulnerabilidade de grupos específicos e a urgência das necessidades clínicas.

Outra prática fundamental é a realização do manejo da dor e a alocação do usuário na agenda para a continuidade do tratamento. O acolhimento para intervenções emergenciais permite aliviar sintomas imediatos como dor aguda, ao mesmo tempo que organiza o fluxo para que o paciente retorne em consulta programada, assegurando resolubilidade e preservando o seguimento. No entanto, em muitas unidades ainda prevalece o modelo de vagas limitadas por período, no qual apenas um número pré-determinado de pacientes é atendido diariamente. Embora esse método possibilite maior controle da agenda, pode restringir o acesso especialmente em territórios com alta demanda. Por isso, as recomendações destacam a necessidade de ampliar a capacidade instalada e articular fluxos na rede de atenção, evitando que os usuários fiquem desassistidos.

A organização dos atendimentos de urgência odontológica deve equilibrar agilidade, equidade e resolubilidade, acolhimento qualificado, triagem por risco, manejo imediato da dor e garantia da continuidade do cuidado. Configuram-se como um conjunto de práticas que fortalecem a APS como porta de entrada preferencial do SUS. Dessa forma, evita-se tanto a superlotação quanto o atendimento fragmentado, reafirmando o direito de todo cidadão ao acesso oportuno e integral à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.° 17: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha: conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_saude_bucal_2015.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: condutas para diagnóstico das desordens orais potencialmente malignas e do câncer de boca. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_pratica_odontologica_aps_cancer.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_acoes_politica_nacional_saudebucal.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/diretrizes-clinicas-para-a-aps/diretrizes-abordadas/pratica_odontologica_gestantes.pdf/view. Acesso em: 25 out. 2025.

Anexo

Questionário QualiAB 2026

Esclarecimento sobre o preenchimento online

Ao selecionar as alternativas de cada questão, o questionário online é automaticamente adaptado de acordo com a realidade local. Assim, dependendo das respostas fornecidas, algumas questões podem ser suprimidas (ocultadas) ou acrescidas, podendo ocorrer a ocultação de seções inteiras ou a inclusão de novas perguntas. O questionário a seguir encontra-se na íntegra, sem supressões.

GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DA UNIDADE

G1. Esta Unidade Básica de Saúde (UBS) é composta por:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Equipe(s) de Saúde da Família (eSF). Número de equipes
2) Equipe(s) de Atenção Primária (eAP). Número de equipes
3) Equipe(s) de Atenção Primária (eAP) com Agentes Comunitários de Saúde. (ACS). Número de equipes:
4) Equipe de Saúde Bucal (eSB). Número de equipes:
5) Equipes de Consultórios na Rua (eCR). Número de equipes:
6) Equipes das Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI). Número de equipes:
7) Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR). Número de equipes:
8) Outra. Especifique:

G2. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

1) Urbana central
2) Periurbana (periferia da cidade)
3) Rural

G3. Esta unidade é responsável pela atenção a moradores de áreas:

Selecione apenas uma alternativa

1) Urbanas
2) Rurais
3) Urbanas e rurais

G4. O território de atuação da unidade é definido/planejado:

Selecione apenas uma alternativa

1) De modo centralizado pela Secretaria da Saúde ou outra instância responsável pela saúde do município
2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
3) Na prática a unidade define uma área para realizar ações na comunidade
4) Outros. Especifique:
5) Não há definição de território

G5. Períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Todas as manhãs e tardes de segunda a sexta
2) Somente um período (somente manhãs ou tardes)
3) Algumas ou todas as noites (horário estendido)
4) Finais de semana
5) 24 horas

G6. A gestão administrativa da Unidade é:

Selecione apenas uma alternativa

1) Direta - Prefeitura/Secretaria/Diretoria/Departamento/Coordenadoria Municipal de Saúde
2) Indireta - Organização Social de Saúde ou Fundação
3) Indireta - Hospital/Santa Casa
4) Indireta - Universidade

G7. Os contratos de trabalho dos profissionais desta unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Concursado - Funcionário Público (Assinalando as alternativas 1 e/ou 2, a questão G7.1 será suprimida.)
2) Concursado - Empregado Público (CLT)3
3) Processo Seletivo - Empregado CLT de Organização Social
4) Contrato temporário
5) Contrato de Pessoa Jurídica (CNPJ ou MEI)
6) Outro(s). Especifique:

G7.1. Profissionais terceirizados (OSS, Temporário, CNPJ):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Agente comunitário de saúde
2) Enfermeiros
3) Médico
4) Dentista
5) Auxiliar ou técnico de enfermagem
6) Auxiliar ou técnico em saúde bucal
7) Limpeza/segurança
8) Recepção/ administrativos
9) Outros profissionais. Quais:

G8. A Unidade possui as seguintes instalações em condições de uso:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Acessibilidade arquitetônica (ambiente livre de barreiras físicas) para pessoas com deficiência
2) Sinalização de ambientes por meio de textos e/ou figuras (facilitação do fluxo)
3) Banheiro adaptado para pessoas com deficiência (PcD)
4) Banheiro dentro do consultório ginecológico
5) Sala de espera
6) Consultórios em número suficiente para atendimento individual
7) Sala para realização de atividades educativas e grupos
8) Sala para escuta individualizada da demanda espontânea
9) Sala de vacina
10) Sala para trabalho interno dos ACS
11) Sala para procedimentos (curativos, suturas e outros)
12) Sala de observação e estabilização de situações de urgência/emergência
13) Sala para recepção, lavagem e descontaminação de material
14) Sala de esterilização de material
15) Consultório odontológico
16) Local para armazenamento de lixo contaminado
17) Gerador de energia
18) Farmácia/sala de dispensação de medicamentos
19) Sala de estocagem de medicamento (separada da área de dispensação)
20) Almoxarifado
21) Recepção
22) Sala-Arquivo (prontuário, exames, entre outros)
23) Bebedouro de água para usuários
24) Outro(s). Especifique:

G9. Equipamentos e recursos de apoio disponíveis:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Equipamentos de proteção individual - EPI (máscara, luvas, óculos, entre outros)
2) Cadeira de rodas
3) Geladeira exclusiva para vacinas
4) Mesa para exame ginecológico
5) Cadeira odontológica completa
6) Carrinho de urgência/emergência
7) Desfibrilador
8) Material para intubação orotraqueal (medicamentos e tubos orotraqueais)
9) Equipamentos para suporte ventilatório (ambu, máscara, entre outros)
10) Cilindro de oxigênio
11) Oxímetro
12) Nebulizador (Aparelho para inalação)

13) Autoclave para uso odontológico
14) Autoclave para uso da unidade
15) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, sempre que necessário
16) Veículo para uso da Unidade
17) Acesso à Internet
18) Computadores em quantidade suficiente para recepção e assistência
19) Escala dos profissionais com nome e horários de trabalho fixada para o público
20) O mapa do território fixado para o público
21) Todos os profissionais utilizam identificação (por ex.: crachás, uniformes, jalecos)
22) Eletrocardiógrafo
23) Esfigmomanômetro
24) Glicosímetro
25) Outro(s). Especifique:

G10. Quais das seguintes tecnologias em saúde são utilizadas na unidade?

Selecione uma ou mais alternativas

1) Uso de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS APS ou outros softwares)
2) Telessaúde (Teleconsulta, teletriagem)
3) Teleconsultoria ou telematriciamento
4) Acesso às informações do SUS Digital Profissional*
5) Prescrição eletrônica com integração ao e-SUS ou plataformas interoperáveis
6) Tecnologias de telemonitoramento e gestão do cuidado
7) Tecnologias para agendamento pelos usuários
8) Sistemas informatizados de acesso a regulação de vagas e encaminhamentos para a Rede de Atenção à Saúde
9) Nenhuma das alternativas acima

G11. Procedimentos realizados:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Vacinação
2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
3) Pequenas suturas
4) Hemoglicoteste
5) Aferição de pressão arterial
6) Hidratação por via venosa
7) Aplicação de tratamento endovenoso
8) Aplicação de tratamento intramuscular
9) Aplicação de ácido tricloroacético (ATA) - cauterização química
10) Sondagem vesical (de alívio e de demora)
11) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
12) Curativo de úlceras agudas e crônicas
13) Remoção de cerume de conduto auditivo externo (lavagem otológica)

14) Implante hormonal intradérmico
15) Implantação e retirada de DIU
16) Eletrocardiograma (ECG)
17) Avaliação de acuidade visual (Teste de Snellen)
18) Teste do pezinho
19) Teste rápido para covid-19
20) Teste rápido para dengue (NS-1)
21) Teste rápido para HIV
22) Teste rápido para sífilis
23) Teste rápido para hepatites virais
24) Teste rápido para tuberculose (TRM-TB)
25) Outros:

G12. Vacinas aplicadas de rotina na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

1) BCG
2) Hepatite B
3) Hepatite A
4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/VOP
5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
7) DTP (Tríplice Bacteriana)
8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
10) Varicela
11) dT (dupla adulto)
12) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
13) Rotavírus Humano (VRH)
14) Febre Amarela
15) P10 (Pneumocócica 10)
16) Pneumocócica 23 valente
17) Meningocócica C
18) Meningocócica ACWY
19) Vacina contra HPV
20) Antirrábica
21) Influenza
22) Covid-19
23) Dengue
24) Vacinas para condições específicas (alérgicos, imunodeprimidos, outros)
25) Outra(s). Especifique:

G13. Estratégias para o aumento da cobertura da vacinal:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Vacinação oportuna (oferta ativa para usuários com outras demandas)
2) Convocação de grupos prioritários (RN, crianças, idosos, crônicos)
3) Convocação de faltosos para doses subsequentes
4) Vacinação domiciliar para pessoas restritas ao domicílio
5) Vacinação em instituições (longa permanência, empresas, escolas, entre outras)
6) Vacinação em locais públicos durante as campanhas
7) Divulgação em massa (rádio, carro de som, mídias sociais, outros)
8) Transporte gratuito para o local de vacinação
9) Outra(s). Especifique:

G14. Onde é realizada a dispensação de medicamentos para os usuários:

Selecione apenas uma alternativa

1) Na própria unidade
2) Em outro serviço (farmácia central, outra unidade, outros) (Assinalando esta alternativa, as questões G14.1 e G18 serão suprimidas)

G14.1. Preencha o quadro:

Selecione um item para cada alternativa

Grupo de Medicamentos	Disponibilidade			
	Disponibilidade Contínua	Falta Eventual	Falta Frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
1) Para diabetes				
2) Para hipertensão arterial				
3) Para dislipidemias				
4) Antibióticos				
5) Para IST				
6) Antirretrovirais (PrEP/PEP)				
7) Antirretrovirais (TARV)				
8) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
9) Para tuberculose				

G15. Métodos contraceptivos disponíveis na unidade nos últimos 6 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Anticoncepcional oral (Pílula)
2) Anticoncepcional injetável
3) Preservativo externo (Camisinha)
4) Preservativo interno
5) Dispositivo Intrauterino (DIU)
6) Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
7) Implante hormonal intradérmico
8) Encaminhamento para laqueadura
9) Encaminhamento para vasectomia
10) Outros. Quais:
11) Nenhum

G16. A Unidade tem farmacêutico em seu quadro de profissionais:

Selecione apenas uma alternativa

1) Sim, possui farmacêutico como parte da equipe local
2) O farmacêutico responsável não é exclusivo desta Unidade
3) Não tem farmacêutico (Assinalando esta alternativa, a questão G16.1 será suprimida)

G16.1 Principais atividades realizadas pelo farmacêutico:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Consulta farmacêutica
2) Consulta compartilhada
3) Supervisão da dispensação
4) Visita domiciliar
5) Atendimento em grupo
6) Atividades de educação continuada e/ou capacitação da equipe
7) Atividades de educação em saúde na comunidade
8) Supervisão e controle de medicamentos para saúde mental
9) Supervisão e avaliação da prescrição médica
10) Participação em reuniões de equipe
11) Notificar a ocorrência de efeitos adversos
12) Outras. Especifique:

G17. Profissional que dispensa medicamentos:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Farmacêutico
2) Auxiliar/técnico de farmácia

3) Auxiliar/técnico de enfermagem
4) Administrativo
5) Outro: Especifique:

G18. Atividades realizadas na dispensação dos medicamentos:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Conferir a receita e a medicação dispensada
2) Orientar o uso racional e correto dos medicamentos
3) Assegurar a compreensão do usuário
4) Orientar usuários sobre o descarte de medicamentos (sobras e vencidos)
5) Orientar a renovação de receitas
6) Checar o prazo de validade dos medicamentos
7) Registrar os medicamentos dispensados
8) Outras. Especifique:

G19. Profissionais que participaram de atualizações/capacitações e/ou treinamentos nos últimos 12 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

Selecione uma ou mais alternativas
1) Gerente/Responsável pela unidade
2) Médicos
3) Enfermeiros
4) Dentistas
5) Farmacêuticos
6) Auxiliares/Técnicos de Enfermagem
7) Auxiliares/Técnicos de Higiene Dental
8) Auxiliares de Farmácia
9) Agentes Comunitários de Saúde
10) Profissionais Administrativos
11) Outros profissionais Quais:
12) Não houve atualizações/capacitações e/ou treinamentos

G20. Temas institucionalmente abordados nas atualizações/capacitações e/ou treinamentos no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Segurança do paciente
2) Acolhimento e atenção à demanda espontânea
3) Princípios básicos no atendimento da parada cardiorrespiratória
4) Saúde da População Negra
5) IST e aids
6) Racismo e preconceitos étnico-raciais

7) Direitos da Pessoa com Deficiência e enfrentamento do capacitismo
8) Gênero e sexualidade
9) Violência (Doméstica, sexual, outras)
10) Capacitação da equipe para identificar e combater violência institucional*
11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
12) Vacinação
13) eSUS e/ou Sistemas de Informações
14) Vigilância epidemiológica (Dengue, Sífilis, Mpox, COVID-19, entre outros)
15) Saúde do Idoso (envelhecimento, demência, risco de quedas, entre outros)
16) População de rua
17) Outros. Especifique:
18) Não realizou atualizações/capacitações e/ou treinamentos

G21. O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

Selecione uma ou mais alternativas

1) eMulti (equipe Multidisciplinar) (Assinalando as alternativas 1 e/ou 2, será aberta a questão G21.1)
2) Equipe multiprofissional externa ao serviço
3) Telessaúde
4) Apoiador do estado (Articuladores da Atenção Básica)
5) Apoiadores do COSEMS-SP
6) Outro tipo de apoio. Qual(is):
7) Não é realizado por nenhuma instância

G21.1. A composição da eMulti ou equipe multiprofissional de apoio é:

Selecione uma ou mais alternativas

Selecione uma ou mais alternativas
1) Assistente social
2) Farmacêutico
3) Fisioterapeuta
4) Fonoaudiólogo
5) Médico ginecologista
6) Médico pediatra
7) Médico psiquiatra
8) Médico veterinário
9) Nutricionista
10) Psicólogo
11) Profissional e educação física
12) Sanitarista
13) Terapeuta ocupacional
14) Outros. Qual(is):

G22. No último ano, a unidade recebeu profissionais do programa Mais Médicos para o Brasil:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Sim
2) Não

G23. Estudantes e/ou profissionais recebidos como estagiários:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Estudantes de graduação
2) Estudantes de nível técnico
3) Residentes médicos
4) Residentes multiprofissionais
5) Pesquisadores
6) Outro(s) Especifique:
7) Não recebe estudantes e/ou profissionais para formação em serviço

G24. Canais abertos para reclamações dos usuários:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Caixa ou livro de reclamações na unidade
2) WhatsApp da unidade
3) Gerente/responsável pela unidade
4) Site da unidade ou do município
5) Ouvidoria municipal
6) Ouvidoria geral do SUS (136)
7) Conselho local ou municipal de saúde
8) Outros:

G25. Principais ações do Conselho Local de Saúde no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Reuniões periódicas
2) Reuniões eventuais conforme demanda
3) Divulgação do papel do Conselho Local de Saúde (mural, Facebook e outros)
4) Identificação de demandas dos usuários
5) Elaboração de propostas para unidade de saúde e/ou Conselho Municipal de Saúde
6) Possui o selo "Conselho Local de Saúde – Aqui Tem"
7) Registro dos dados do Conselho Local no Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS), do Conselho Nacional de Saúde.
8) Outros. Especifique:
9) Atualmente, não existe Conselho Local de Saúde

G26. A rede de serviços de apoio (locais ou regionais) de atenção à saúde é constituída por:

Selecione uma ou mais alternativas

1) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
2) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
3) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
4) Serviços de referência em tuberculose e/ou hanseníase
5) Serviços de referência em IST, HIV/aids e hepatites virais
6) Ambulatório de especialidades e/ou Policlínica e/ou AME
7) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
8) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
9) Ambulatório de atenção a pessoas transsexuais/transgêneros
10) Consultório de Rua
11) UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
12) SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
13) Serviço de atenção à drogadição (hospital ou ambulatório)
14) Maternidade
15) Hospital geral
16) CER (Centro Especializado em Reabilitação)
17) Outro(s). Especifique:
18) Não tem acesso a serviços de apoio

G27. Os dados utilizados para o planejamento das ações de atenção à saúde são:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Dados assistenciais (Pré-natal, crônicos, agendas, consultas, exames)
2) Dados epidemiológicos do território
3) Dados epidemiológicos do município
4) Dados de grupos em situação de risco e vulnerabilidade
5) Dados levantados em reuniões de equipe com todos os profissionais
6) Reuniões com a participação de usuários e levantamento das principais demandas
7) Resultados de avaliações realizadas
8) Dados gerais de órgãos como: prefeitura, companhias de água/luz, IBGE
9) Diagnóstico por meio de estimativa rápida participativa*
10) Indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e/ou município
11) Outros Quais:
12) A equipe não realiza planejamentos periódicos

G28. Ações realizadas a partir da participação em processos avaliativos:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Elaboração de relatório para a gestão municipal de saúde
2) Os dados foram utilizados pela gestão municipal para o plano anual de trabalho
3) Planejamento e reorganização do trabalho/estrutura/insumos com participação do conjunto dos profissionais
4) Outros desdobramentos. Quais:
5) Não houve mudança relacionada a processos avaliativos
6) Não participou de processos avaliativos

G29. Principais desafios para melhoria da qualidade da atenção à saúde:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Organização da atenção à demanda espontânea
2) Reorganização do trabalho após a pandemia
3) Educação permanente em saúde
4) Implementação de protocolos de atendimentos e POP (Procedimentos Operacionais Padrão)
5) Organização do Conselho Local de Saúde
6) Articulação com os movimentos sociais do território
7) Realização ou atualização do processo de territorialização
8) Cumprimento do horário médico
9) Articulação com serviços de urgência/emergência
10) Referência e contrarreferência com serviços de especialidades
11) Rotatividade da gestão municipal da saúde
12) Rotatividade de profissionais médicos
13) Remuneração adequada dos profissionais
14) Falta de profissionais de saúde
15) Absenteísmo
16) Precarização dos contratos de trabalho
17) Outros. Especifique:
18) Não existem obstáculos relevantes.

II. CARACTERÍSTICAS DA GERÊNCIA/COORDENAÇÃO LOCAL

G30. O GERENTE ou RESPONSÁVEL pela unidade é designado por meio de:

Selecione apenas uma alternativa

1) Concurso/Contratação específicos para função de gerente
2) Indicação do gestor municipal
3) Indicação da administração indireta (OS, Hospital, Fundação, outros)
4) Exercida por um profissional da equipe, sem a designação oficial do cargo
5) Exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
6) Outro. Especifique:

G31. Tempo de atuação do GERENTE ou RESPONSÁVEL pela Unidade:

Preencha com a quantidade em números (meses ou anos)

1) Tempo de atuação na área da Saúde:
2) Tempo de atuação nesta Unidade:
3) Tempo de atuação como gerente ou responsável:

G32. A formação do profissional que exerce a GERÊNCIA ou RESPONSABILIDADE da Unidade é:

Selecione apenas uma alternativa

1) Enfermagem
2) Medicina
3) Odontologia
4) Assistência Social
5) Saúde Coletiva
6) Formação Técnica Profissionalizante (Curso Técnico)
7) Ensino médio
8) Outra. Qual:

G33. A carga horária do GERENTE ou RESPONSÁVEL da Unidade é de:

Selecione apenas uma alternativa

1) 40 horas semanais
2) 30 horas semanais
3) 20 horas semanais

G34. Principais atividades do GERENTE ou RESPONSÁVEL da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Coordenar o trabalho em equipe
2) Coordenar a realização de diagnóstico situacional e de planejamento
3) Participar e orientar o processo de territorialização
4) Identificar e mediar conflitos entre os profissionais e destes com usuários
5) Implementar medidas de segurança dos usuários e dos profissionais
6) Gerenciar a infraestrutura, os insumos e a ambiência
7) Promover ações de educação permanente
8) Implementar medidas de gestão participativa
9) Assegurar a adequada alimentação dos sistemas de informação
10) Realizar assistência
11) Articular a integração com a rede de saúde
12) Responder a demandas e queixas dos usuários (ouvidoria e/ou similares)
13) Outras:

G35. A articulação da unidade com a gestão municipal de saúde (Secretaria/Diretoria/Coordenação) se dá por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Ocorre por meio de reuniões e/ou supervisões periódicas
2) Acontece de acordo com o surgimento dos problemas
3) A unidade interage somente com a instituição responsável (OSS, Fundação, Hospital, outros)
4) Visita eventual de supervisão
5) Outra:
6) Não existem mecanismos de interação da unidade com o nível central

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO QUESTÕES PARA CADA EQUIPE eSF e eAP da UBS

I. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TERRITÓRIO DA EQUIPE

E1. Em relação à população do território desta equipe, informe:

Preencha com a quantidade em números

1) Número aproximado de moradores (população residente): ( ) Não sabemos informar
2) Número de moradores cadastrados: ( ) Não sabemos informar
3) Número de famílias cadastradas: ( ) Não sabemos informar

E2. A autoidentificação da maioria dos usuários é:
Selecione apenas uma alternativa

1) Amarela
2) Branca
3) Indígena
4) Parda
5) Preta
6) Não sabemos informar

E3. Grupos populacionais presentes no território desta equipe:

Selecione apenas uma alternativa

1) Trabalhadores informais e domésticos
2) Trabalhadores do comércio/serviços
3) Trabalhadores de indústria
4) Trabalhadores rurais
5) Trabalhadores sazonais e/ou volantes
6) Acampados e/ou assentados
7) Profissionais do sexo
8) Indígenas
9) Quilombolas e/ou povos de comunidades tradicionais
10) Ciganos e/ou nômades urbanos
11) Populações ribeirinhas
12) Pessoas em situação de rua
13) Moradores de abrigos e/ou albergues
14) Usuários de drogas ilícitas
15) Pessoas privadas de liberdade
16) Imigrantes e/ou refugiados
17) Moradores sazonais (turistas, familiares de pessoas privadas de liberdade, outros)
18) Outros. Especifique:

E4. O diagnóstico das condições sociais e de saúde do território é realizado por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Identificação dos principais agravos no território
2) Identificação das populações mais vulneráveis
3) Caracterização das condições socioambientais
4) Caracterização dos equipamentos sociais (escolas, creches, igrejas e outros)
5) Levantamento da mobilidade urbana
6) Mapa do território com delimitação geográfica
7) Mapa inteligente
8) Não é realizada a caracterização do território
9) Outros. Quais:

E5. Composição do território (equipamentos e características gerais):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Escolas
2) Igrejas
3) Quadras e/ou campo de futebol
4) Praças
5) Academias ao ar livre
6) ONGs
7) Associações comunitárias
8) Iluminação adequada
9) Ruas asfaltadas/pavimentadas
10) Calçamento adequado
11) Terrenos baldios
12) Presença de animais soltos (cachorros/gatos, cavalo, gado, outros)
13) Áreas de descarte de lixo improvisadas
14) Área onde há tráfico de drogas e/ou violência armada
15) Não há levantamentos sobre a composição da área de abrangência
16) Outros. Especifique:

II. COMPOSIÇÃO E ATIVIDADES DA EQUIPE (eSF ou eAP)

E6. Profissionais de saúde que compõem a equipe (eSF ou eAP) com presença diária no serviço (equipe nuclear):

Selecione apenas uma alternativa

1) Médico de saúde da família (Assinalando esta alternativa, será aberta a questão E6.1)
2) Médico clínico geral (Assinalando esta alternativa, será aberta a questão E6.2)
3) Médico pediatra (Assinalando esta alternativa, será aberta a questão E6.3)
4) Médico ginecologista (Assinalando esta alternativa, será aberta a questão E6.4)
5) Médico de outras especialidades
6) Enfermeiros (Assinalando esta alternativa, serão abertas as questões E6.6 e E6.6.1)
7) Auxiliar ou Técnico de enfermagem (Assinalando esta alternativa, será aberta a questão E6.7)

8) Agente Comunitário de Saúde (Assinalando esta alternativa, serão abertas as questões E6.8, E6.8.1 e E6.8.2)

E6.1. Principais atividades realizadas pelo Médico de Família:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Consulta de casos de demanda espontânea
2) Consulta de adultos e idosos
3) Consulta de crianças e adolescentes
4) Consulta ginecológica
5) Consulta de Pré-Natal
6) Atendimento de urgência e emergência
7) Consulta compartilhada
8) Atendimento em grupo
9) Visita domiciliar
10) Atividades de educação permanente da equipe
11) Atividades de educação em saúde na comunidade
12) Registro de Notificações Compulsórias
13) Avaliação de faltosos
14) Avaliação de resultados de exames, mesmo na ausência do usuário
15) Participação em reuniões de equipe
16) Outras. Especifique:

E6.2. Principais atividades realizadas pelo médico clínico geral:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Consulta de demanda espontânea
2) Consulta de usuários agendados
3) Atendimento de urgência e emergência
4) Consulta compartilhada
5) Visita domiciliar
6) Atendimento em grupo
7) Avaliação de faltosos
8) Avaliação de resultados de exames, mesmo na ausência do usuário
9) Atividades de educação permanente da equipe
10) Atividades de educação em saúde na comunidade
11) Registro de Notificações Compulsórias
12) Participação em reuniões de equipe
13) Outra(s). Especifique:

E6.3. Principais atividades realizadas pelo médico pediatra:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Consulta de demanda espontânea
2) Consulta de usuários agendados

3) Consulta de adolescentes
4) Atendimento de urgência e emergência
5) Consulta compartilhada
6) Visita domiciliar
7) Atendimento em grupo
8) Avaliação de faltosos
9) Avaliação de resultados de exames, mesmo na ausência do usuário
10) Atividades de educação permanente da equipe
11) Atividades de educação em saúde na comunidade
12) Registro de Notificações Compulsórias
13) Participação em reuniões de equipe
14) Outra(s). Especifique:

E6.4. Principais atividades realizadas pelo médico ginecologista:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Consulta de demanda espontânea
2) Consulta de usuários agendados
3) Consulta de Pré-Natal
4) Pré-natal da parceria
5) Atendimento de urgência e emergência
6) Consulta compartilhada
7) Visita domiciliar
8) Atendimento em grupo
9) Avaliação de faltosos
10) Avaliação de resultados de exames, mesmo na ausência do usuário
11) Atividades de educação permanente da equipe
12) Atividades de educação em saúde na comunidade
13) Registro de Notificações Compulsórias
14) Participação em reuniões de equipe
15) Outra(s). Especifique:

E6.5. Médico(s) com presença esporádica na unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Não há médicos de outras especialidades que atuam nesta equipe
2) Ginecologista
3) Pediatra
4) Clínico Geral
5) Cardiologista
6) Dermatologista
7) Geriatra
8) Acupunturista
9) Homeopata

10) Infectologista
11) Psiquiatra
12) Outro(s). Especifique:

E6.6. O enfermeiro atua em mais de uma equipe:

Selecione apenas uma alternativa e preencha a quantidade em números

1) Sim.
2) Não, atua somente nesta equipe

E6.6.1. Principais atividades realizadas pelo enfermeiro:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Consulta de enfermagem
2) Consulta compartilhada
3) Solicitação de exames, conforme protocolo
4) Prescrição de medicamento, conforme protocolo
5) Consulta de Pré-Natal
6) Puericultura
7) Prevenção de câncer de colo (coleta e resultado Papanicolau)
8) Curativos e outros procedimentos
9) Avaliação de resultados de exames assim que estão disponíveis na unidade
10) Acolhimento e avaliação inicial de casos não agendados
11) Grupos
12) Visita domiciliar
13) Atividades de educação em saúde na comunidade
14) Avaliação de faltosos
15) Registro de notificações compulsórias
16) Supervisão de agentes comunitários de saúde (ACS)
17) Supervisão da equipe de enfermagem
18) Coordenação de reuniões de equipe
19) Gerenciamento geral da unidade
20) Outras. Especifique:

E6.7. Principais atividades realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Acolhimento de usuários não agendados com supervisão de enfermeiro/médico
2) Reconhecimento de sinais de alerta (sugestivos de urgência/emergência)
3) Recepção e avaliação de sinais vitais dos usuários
4) Orientações e agendamento após consulta médica e/ou de enfermagem
5) Curativos e procedimentos
6) Vacinas
7) Administração de medicamentos

8) Visita domiciliar
9) Atividades de educação em saúde na comunidade
10) Lavagem e preparação de materiais para esterilização
11) Esterilização de materiais e instrumentos utilizados
12) Participação em reuniões de equipe
13) Outra(s). Especifique:

E6.8. Atualmente, quantos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalham nesta equipe:

Selecione apenas uma alternativa

1) 1 ou 2
2) 3 ou 4
3) mais que 4

E6.8.1. Os agentes comunitários de saúde atuam em mais de uma equipe:

Preencha a quantidade em números

1) Sim. Total de equipes cobertas (incluindo a sua):
2) Não, atuam somente nesta equipe

E6.8.2. Principais atividades realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Visitas domiciliares periódicas
2) Atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos
3) Entrega domiciliar de agendamentos de consultas e exames
4) Entrega domiciliar de medicamentos para usuários com mobilidade restrita
5) Tratamento domiciliar supervisionado para tuberculose e/ou hanseníase
6) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
7) Identificação de situações de violência
8) Captação de gestantes para inscrição no pré-natal
9) Captação de crianças menores de um ano
10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
11) Busca ativa para vacinação
12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
14) Verificação do estado vacinal e evolução de peso e altura em crianças
15) Aferição domiciliar da pressão arterial e/ ou aferição de glicemia capilar
16) Participação em reuniões de equipe
17) Atendimento na recepção e/ou trabalho administrativo
18) Acúmulo de funções de Agente de Combate a Endemias (ACE)
19) Trabalho em conjunto com Agentes de Combate a Endemias (ACE)
20) Participação do diagnóstico e planejamento da área de abrangência
21) Outras. Especifique:

E7. Outros profissionais de saúde com presença diária no serviço (equipe ampliada):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Não há outros profissionais de saúde com atuação na equipe
2) Nutricionista
3) Psicólogo
4) Fisioterapeuta
5) Sanitarista (Profissional de Saúde Coletiva)
6) Profissional de educação física
7) Fonoaudiólogo
8) Outro(s). Especifique:

E8. As principais estratégias de educação permanente utilizadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Supervisões diretas no trabalho cotidiano
2) Discussões de caso em reuniões equipe
3) Consultas compartilhadas
4) Supervisão com equipes multiprofissionais externas
5) Oficinas sobre temas atuais e relevantes para equipe
6) Outras. Quais:
7) A equipe não desenvolve ações de educação permanente

E9. Periodicidade das REUNIÕES DE EQUIPE no último ano:

Selecione apenas uma alternativa

1) Semanal
2) Quinzenal
3) Mensal
4) Bimestral ou intervalos maiores
5) Aconteceram de acordo com o surgimento dos problemas
6) Não ocorreram reuniões de equipe periódicas

E10. ASSUNTOS E/OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Informes e Rotinas Administrativas
2) Organização do trabalho: avaliação, planejamento e implantação das ações
3) Conflitos interpessoais
4) Discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos singulares
5) Atualizações técnicas e protocolos adaptados à realidade local
6) Outros. Quais:
7) Não ocorreram reuniões de equipe

E11. Condutas em caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais da equipe:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Encaminhamento imediato para serviço de referência
2) Acolhimento e registro do atendimento do profissional acidentado
3) Avaliação do perfil epidemiológico do paciente fonte
4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
5) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
6) Coleta de exames laboratoriais do profissional acidentado
7) Profilaxia Pós-Exposição (PEP) até 72h (na unidade ou na referência) e de acordo com avaliação de risco
8) Seguimento do profissional acidentado após uso de PEP
9) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
10) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
11) Registro em ficha de Acidente de Trabalho com Material Biológico no SINAN
12) Educação continuada da equipe para prevenção de acidentes
13) Outras. Quais:

III. EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO DO TERRITÓRIO

E12. Realiza atividades de educação em saúde na:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Unidade (Assinalando esta alternativa, as questões E12.1 e a E12.2 serão suprimidas)
2) Comunidade (Assinalando esta alternativa, as questões E13.1 e E13.2 serão suprimidas)
3) Não realiza ações de Educação em Saúde

E12.1. Temas de educação em saúde abordados na Unidade para usuários nos últimos 12 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Alimentação saudável e Segurança alimentar
2) Práticas de atividades físicas
3) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
4) Prevenção do câncer de colo de útero e mama
5) Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis
6) Planejamento reprodutivo
7) Aleitamento materno
8) Doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes e Hipertensão)
9) Violência
10) Sexualidade e gênero

11) Tuberculose
12) Hanseníase
13) Tabagismo
14) Uso de álcool e outras drogas
15) Racismo
16) Prevenção do Suicídio
17) Vacinação
18) Dengue
19) Posse responsável de animais
20) Temas propostos pelo Ministério da Saúde /Estado e/ou Município (ex: novembro azul, outubro rosa, outros)
21) Outras. Especifique:

E12.2. Estratégias de educação em saúde NA UNIDADE:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Cartazes, folders e vídeos na sala de espera
2) Atividades educativas em sala de espera
3) Palestras
4) Rodas de conversa
5) Grupos de escuta e convivência
6) Grupos temáticos (exercício físico, pré-natal, hipertensão e diabetes, outros)
7) Outras. Especifique:

E13.1. Temas de educação em saúde abordados no território nos últimos 12 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Alimentação saudável e segurança alimentar
2) Práticas de atividades físicas
3) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
4) Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis
5) Planejamento reprodutivo
6) Gestação na adolescência
7) Saúde Bucal
8) Sexualidade e gênero
9) Tuberculose
10) Hanseníase
11) Tabagismo
12) Uso de álcool e outras drogas
13) Racismo
14) Violência
15) Prevenção do Suicídio
16) Vacinação
17) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
18) Controle da proliferação de vetores (prevenção de dengue, leishmaniose, malária, outros)

19) Posse responsável de animais
20) Outras. Especifique:

E13.2. Estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE:

Selecione apenas uma alternativa

1) Visitas Domiciliares
2) Palestras
3) Rodas de conversa
4) Grupos comunitários
5) Parceria com outras instituições locais ou equipamentos sociais
6) Articulação com outras Secretarias do município
7) Outras. Especifique:

IV. ORGANIZAÇÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA

E14. A proporção aproximada entre o número de consultas médicas agendadas e o número de consultas médicas para demanda espontânea (não agendados) costuma ser:

Selecione apenas uma alternativa

1) 100% de pacientes agendados
2) Entre 60% e 70% de pacientes agendados e 30% a 40% de não agendados
3) 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados
4) Entre 30% e 40% de pacientes agendados e 60% a 70% de não agendados
5) 100% de pacientes não agendados
6) Informação não disponível

E15. O agendamento de CONSULTA MÉDICA é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

1) Não trabalhamos com agendamento da consulta médica
2) Com hora marcada para cada usuário
3) Com hora marcada para grupo de usuário
4) Para todos os usuários no início de cada turno (manhã ou tarde)
5) Outros:

E16. Tempo médio de espera entre o agendamento e a consulta/procedimento:

	Tempo de espera					
	Não necessita agendamento	Menos de mês 1	1 a 3 meses	4 a 6 meses	Mais de 6 meses	Não tem o profissional ou não realiza o procedimento
1) Consulta médica de Saúde da Família						
2) Consulta com clínico geral						
3)Consulta ginecológica						
4) Consulta com médico pediatra						
5) Consulta com dentista						
6) Consulta com enfermeiro						
7) Coleta de exame de Papanicolau						
8) Agendamento de coleta de sangue para exames laboratoriais						
9) Outros						

E17. A definição do fluxo de demanda espontânea (pessoas não agendadas) é realizada:

Selecione apenas uma alternativa

1) Pela recepção, que distribui senhas para consulta médica/enfermagem no mesmo dia, de acordo com as vagas disponíveis, e/ou agenda para outro dia
2) Por técnico de enfermagem, que encaminha todos para consulta médica após aferição de sinais vitais
3) Por enfermeiro, técnico de enfermagem sob supervisão ou outro profissional, que definem o atendimento necessário de acordo com critérios de risco e/ou vulnerabilidade
4) Outros. Especifique:

E18. As ações realizadas para atendimento de demanda espontânea (pessoas não agendadas) são:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Separação de pessoa com sintomas respiratórios
2) Consulta médica no mesmo dia
3) Consulta de enfermagem no mesmo dia
4) Atendimento de casos de urgência e estabilização de emergências
5) Agendamento de consultas médicas e/ou de enfermagem e/ou com outro profissional
6) Agendamento de atendimento em grupo
7) Encaminhamento para serviços de pronto atendimento ou de urgência/emergência
8) Outros. Especifique:
9) Não atende pessoas não agendadas, realiza agendamento conforme disponibilidade de vagas

E19. A busca ativa de faltosos é realizada para os seguintes grupos:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Gestantes
2) Revisão pós-parto/puerpério
3) Recém-nascidos
4) Recém-nascidos de risco
5) Crianças até dois anos
6) Crianças maiores de 2 anos em risco (desnutrição, violência e outros)
7) Usuários com resultado(s) de exame(s) alterado(s)
8) Usuários com condições crônicas (HAS, DM ou outras) com risco de complicação
9) Vacinação
10) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
11) Sífilis
12) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Especifique:
13) Não faz convocação de faltosos

E20. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

1) Quando o usuário comparece para atendimento
2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
3) Assim que o serviço tem acesso aos resultados (físicos ou on-line)
4) Outros. Especifique:
5) Não são avaliados, caso o usuário não compareça

E21. Práticas integrativas e complementares disponíveis:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Não são ofertadas práticas integrativas e complementares
2) Plantas medicinais
3) Fitoterapia
4) Homeopatia
5) Acupuntura
6) Yoga
7) Dança circular
8) Terapia comunitária integrativa
9) Auriculoterapia
10) Outras. Especifique:

V. ATENÇÃO A AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SOCIAL

E22. Ações realizadas em caso de síndromes gripais agudas:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Fluxo separado para atendimento das pessoas com sintomas respiratórios
2) Orientações para uso de máscara, álcool em gel e lavagem das mãos
3) Investigação e orientações sobre sinais e sintomas de alarme
4) Investigação sobre contato prévio com casos confirmados de covid-19
5) Teste para covid-19
6) Teste para influenza
7) Orientação para manter distanciamento social
8) Orientações sobre isolamento domiciliar em caso de covid-19 ou influenza
9) Monitoramento de pacientes com comorbidades
10) Prescrição de medicação para sintomas
11) Notificação dos casos confirmados para covid-19, influenza ou síndrome respiratória aguda grave
12) Outros. Quais:
13) Não utiliza protocolos para atendimento de síndromes gripais agudas

E23. Em casos de suspeita de TUBERCULOSE pulmonar, a equipe:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Teste rápido para tuberculose (TRM-TB)
2) Solicita Raio-X de pulmão
3) Pesquisa de BAAR no escarro
4) Pesquisa de BAAR em duas amostras de escarro, uma no primeiro atendimento e, a segunda, com o primeiro escarro da manhã

5) Investiga determinantes sociais e comorbidades (abuso de álcool e outras drogas, diabetes, desnutrição, entre outras)
6) Interferon Gamma Release Assay (IGRA)
7) Prova Tuberculínica (PT)/Derivado Protéico Purificado (PPD)
8) Encaminha para diagnóstico e tratamento em serviços de referência

E24. Ações de atenção a pessoas com TUBERCULOSE pulmonar confirmada inclui:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Priorização do atendimento para redução do tempo de espera e de exposição dos demais usuários
2) Tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium (ILTB)
3) Tratamento Diretamente Observado (TDO) na Unidade
4) Tratamento Diretamente Observado (TDO) no domicílio ou em local solicitado pelo paciente
5) Oferta de testagem para HIV/Aids
6) Busca ativa de faltosos
7) Busca ativa e avaliação de contatos intradomiciliares
8) Busca ativa e avaliação de contatos na comunidade (ambiente de trabalho, escola, instituições de longa permanência etc.)
9) Detecção e suporte para as situações de estigma, discriminação ou outras formas de violência, vulnerabilidade e/ou riscos sociais
10) Encaminhamento e acompanhamento das pessoas com complicações e/ou tuberculose droga resistente (TBDR)
11) Notificação Compulsória
12) Atualização mensal do módulo de acompanhamento do SINAN
13) Preenchimento e acompanhamento do Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
14) Atualização mensal do Boletim de Acompanhamento da Tuberculose
15) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária
16) Articulação intersetorial com a assistência social para garantia de direitos sociais
17) Outros. Quais:
18) Não realiza tratamento, encaminha para serviços de referência

E25. Ações de prevenção e assistência contra a DENGUE e outras arboviroses:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Educação em saúde sobre reservatórios e criadouros do Aedes aegypti
2) Protocolo de atendimento com classificação de risco
3) Teste rápido para diagnóstico
4) Coleta de hemograma para avaliação e acompanhamento
5) Coleta de creatinina, transaminase e eletrólitos
6) Sorologia de IgM e IgG para Chikungunya
7) Sorologia de IgM para Zika
8) Prova do laço

9) Diagnóstico diferencial para zika e chikungunya
10) Hidratação endovenosa na unidade
11) Orientação para hidratação no domicílio
12) Acompanhamento diferenciado de gestantes, crianças, idosos e pessoas com comorbidades
13) Cartão de acompanhamento da dengue/arboviroses
14) Busca ativa de casos suspeitos
15) Notificação compulsória de casos de suspeita ou confirmação de dengue/arboviroses
16) Identificação de sinais e sintomas de alerta de arboviroses pelos agentes comunitários de saúde
17) Ações de controle mecânico e químico dos vetores pelos agentes comunitários de saúde e agentes de endemia
18) Não realiza ações específicas contra arboviroses

E26. Ações realizadas em caso suspeito de IST (Infecção Sexualmente Transmissível):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Orientações sobre o uso de preservativos (interno e/ou externo)
2) Verificação e atualização das vacinas (hepatite e HPV)
3) Aconselhamento pré-teste
4) Teste rápido para hepatites virais
5) Teste rápido para sífilis
6) Sorologia para hepatites virais
7) Sorologia para sífilis
8) Pesquisa de clamídia e gonorreia
9) Aconselhamento pós-teste negativo (condições de vulnerabilidade, janela imunológica, outros)
10) Tratamento sindrômico
11) Investigação etiológica e tratamento na Unidade
12) Testagem e tratamento da(s) parceria(s)
13) Encaminhamento para serviço de referência
14) Notificação Compulsória
15) Outros. Quais:
16) A equipe não realiza prevenção e aconselhamento sobre IST

E27. Ações de prevenção e aconselhamento sobre HIV:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Orientações sobre o uso de preservativos (interno e/ou externo)
2) Aconselhamento pré-teste
3) Teste rápido para HIV
4) Sorologia para HIV
5) Aconselhamento pós-teste (condições de vulnerabilidade, janela imunológica, outros)

6) Realiza a PrEP (Profilaxia pré-exposição) na unidade
7) Realiza a PEP (Profilaxia pós-exposição) na unidade
8) Encaminha para PrEP ou PEP
9) Outros. Quais:
10) A equipe não realiza prevenção e aconselhamento sobre HIV

E28. Ações realizadas para pessoas com resultado POSITIVO para HIV:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Encaminhamento para seguimento em serviço de referência (Assinalando esta alternativa, a questão E28.1 será suprimida)
2) Encaminhamento para serviço de referência e mantém em seguimento na Unidade

E28.1 Ações realizadas para pessoas com resultado POSITIVO para HIV:
Selecione uma ou mais alternativas

1) Orientação sobre diagnóstico, tratamento, transmissão, reinfecção e coinfecção
2) Estratificação de risco para o encaminhamento ao serviço de referência, mantendo em seguimento e tratamento na unidade as pessoas vivendo com HIV e AIDS clinicamente estáveis
3) Tratamento com Antirretrovirais (TARV) na própria unidade
4) Dispensação de ARV na própria unidade
5) Coleta de Carga Viral (CV) e CD4 para um acompanhamento de PVHIV na própria unidade
6) Teste diagnóstico de tuberculose
7) Pesquisa e tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium (ILTB)
8) Orientação sobre a necessidade de aconselhamento e diagnóstico das parcerias sexuais
9) Busca ativa em caso de paciente não aderente ao tratamento
10) Notificação Compulsória
11) Outros. Quais:

E29. Ações realizadas para pessoas com resultado POSITIVO de sífilis:

Selecione apenas uma alternativa

1) Encaminhamento para tratamento em serviço de referência
2) Tratamento na própria Unidade
3) Orientação sobre a necessidade de aconselhamento, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais
4) Orientação para prevenção de transmissão, reinfecção e coinfecção
5) Notificação compulsória
6) Controle de cura com coleta trimestral de VDRL
7) Outros. Quais:
8) Não solicita exames para sífilis

E30. Ações realizadas nos últimos três anos para pessoas com suspeita ou diagnóstico de HANSENÍASE:

Selecione apenas uma alternativa

1) Teste rápido para diagnóstico
2) Encaminhamento dos casos suspeitos ou com diagnóstico inicial para serviços de referência
3) Tratamento de pessoas com hanseníase na unidade
4) Teste rápido da hanseníase na investigação de comunicantes
5) Busca ativa de pessoas com suspeita e de faltosos em tratamento
6) Busca ativa de contatos intradomiciliares
7) Dispensação de medicamentos para hanseníase
8) Orientação sobre os direitos sociais
9) Detecção e suporte para as situações de estigma e violência
10) Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Acometida pela Hanseníase
11) Notificação Compulsória
12) Monitoramento do número de pessoas em seguimento, cura e abandono
13) Outros. Quais:
14) Não realizamos ações para pessoas com hanseníase
15) A hanseníase não é uma doença prevalente onde a unidade está localizada

E31. Ações realizadas na atenção a PESSOAS com DEFICIÊNCIA – PcD:

Selecione apenas uma alternativa

1) Identificação de pessoas com deficiência que necessitam de cuidados diferenciados
2) Atendimento preferencial nos casos previstos em Lei
3) Atendimento com a Língua de Sinais Brasileira (LIBRAS)
4) Assistência odontológica na Unidade, quando possível
5) Encaminhamento para serviço de referência em saúde bucal, quando necessário
6) Orientações e atenção à saúde sexual e reprodutiva
7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
8) Vigilância e atenção a situações de discriminação (capacitismo) e outras formas de violência
9) Orientação ao usuário ou acompanhante para identificação e enfrentamento da violência institucional
10) Orientações quanto aos direitos sociais
11) Visitas domiciliares para apoio à PcD e sua família, conforme demanda
12) Articulação intersetorial (escola, escolas especiais, ONG, assistência social, entre outras)
13) Encaminhamento para serviços de reabilitação ou Centros Especializados em Reabilitação (CER)
14) Encaminhamento para outros pontos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
15) Outros. Quais:
16) Não há ações específicas para pessoas com deficiência

E32. Estratégias utilizadas para identificação de VIOLÊNCIA contra pessoas com deficiência:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Identificação de sintomas/queixas físicas e psicológicas
3) Valorização do relato espontâneo da pessoa com deficiência
4) Escuta individual e sigilosa
5) Escuta de relatos de terceiros (cuidador, familiares, vizinhos ou outros)
6) Visita domiciliar
7) Discussão de caso em equipe
8) Discussão com o e-Multi/equipe multiprofissional de apoio
9) Educação permanente da equipe
10) Outro. Especifique:
11) Não realiza ações específicas em situações de violência contra pessoas com deficiência

E33. Ações realizadas em casos de VIOLÊNCIA contra pessoas com deficiência:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Denúncia ao DISQUE 100
3) Discussão do caso com CRAS e/ou CREAS
4) Denúncia à autoridade policial
5) Denúncia/discussão com o Conselho Tutelar em se tratando de crianças e adolescentes com deficiência (vítimas, suspeitas ou testemunhas de violência)
6) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
7) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
8) Consulta compartilhada com profissionais da Unidade
9) Discussão com o e-Multi/equipe multiprofissional de apoio
10) Outro. Especifique:
11) Não realiza ações específicas em situações de violência contra pessoas com deficiência

E34. Ações realizadas em SAÚDE DAS PESSOAS TRABALHADORAS:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Investigação sobre inserção de trabalho em todos os atendimentos (ocupação, carga horária, condições de trabalho)
2) Valorização da percepção do usuário sobre condições de trabalho prejudiciais à saúde
3) Orientações quanto aos direitos sociais e trabalhistas
4) Notificação Compulsória de acidentes e/ou doenças ocupacionais
5) Solicitação às empresas da emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

6) Emissão de laudo e parecer técnico para perícia trabalhista
7) Identificação dos tipos de trabalho no território (serviços, indústrias, atividades rurais, trabalhos informais, outros)
8) Orientações sobre prevenção de agravos e doenças relacionados aos trabalhos mais frequentes no território
9) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) - evento sentinela
10) Vigilância de trabalho análogo à escravidão
11) Discussão com equipe multiprofissional e/ou com equipe do CEREST
12) Encaminhamento para serviços de referência (CEREST/Outros)
13) Outras. Quais:
14) Não abordamos de rotina questões relacionadas à saúde do trabalhador

VI. SAÚDE DA CRIANÇA

E35. Ações realizadas de rotina na ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Verificação, orientação e acompanhamento do rastreamento neonatal completo (testes do pezinho, linguinha, olhinho, coraçãozinho e orelhinha)
2) Avaliação e acompanhamento do crescimento infantil
3) Avaliação e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor
4) Vacinação e registro da atualização do cartão de vacinas
5) Avaliação de riscos e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
6) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV/Aids, outros)
7) Acolhimento e atenção oportuna a agravos agudos mais frequentes (Insuficiência Respiratória Aguda, gastroenterites, outros)
8) Diagnóstico e acompanhamento das doenças crônicas comuns na infância (rinite alérgica, asma, hipotireoidismo, outras)
9) Orientação e acompanhamento da saúde bucal
10) Abordagem e orientação sobre educação sexual
11) Grupo com crianças e/ou com os responsáveis
12) Registro do seguimento na caderneta da criança
13) Orientações sobre direitos das crianças com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
14) Encaminhamento para Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
15) Outras. Quais:
16) Não atende crianças (Assinalando esta alternativa, as questões E36, E37, E38, E39, E40, E41 e E42 serão suprimidas)

E36. Agendamento do PRIMEIRO ATENDIMENTO do recém-nascido, é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

1) Pela maternidade, na alta, pós-parto
2) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
3) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
4) Por enfermeiro ou médico em visita domiciliar
5) Quando a mãe procura a Unidade (demanda espontânea)
6) Pela equipe na última consulta de pré-natal ou após notificação do nascimento pela maternidade
7) Outras. Quais:
8) O primeiro atendimento do recém-nascido é realizado em serviço de referência

E37. A rotina de atendimento à CRIANÇA é organizada segundo:
Selecione apenas uma alternativa

1) Calendário de consultas até 12 meses, além de atendimentos por demanda espontânea
2) Calendário de consultas até 2 anos, além de atendimentos por demanda espontânea
3) Calendário de consultas até 10 anos, além de atendimentos por demanda espontânea
4) Não segue calendário programado
5) Outras. Quais:

E38. Identificação de condições de risco e vulnerabilidade em crianças:

Selecione apenas uma alternativa

1) Insegurança Alimentar
2) Distúrbios ou transtornos alimentares (obesidade, seletividade alimentar, bulimia, anorexia, ingestão de substâncias que não são alimentos, entre outros)
3) Sedentarismo
4) Excesso de tempo em tela/aparelhos eletrônicos (celular, computador, entre outros)
5) Situações de acidentes domésticos
6) Problemas relacionados ao contexto escolar (alterações de comportamento, aprendizagem, outros)
7) Situações discriminatórias (raça, gênero, religião, outros)
8) Violência doméstica e/ou sexual
9) Trabalho infantil
10) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
11) Outras situações de vulnerabilidade Quais:

E39. Estratégias utilizadas para identificação de VIOLÊNCIA contra crianças:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Identificação de sintomas e queixas físicas/psicológicas
3) Escuta individual e sigilosa
4) Valorização do relato espontâneo da criança
5) Escuta de relato dos responsáveis
6) Escuta de relatos de outros usuários
7) Visita domiciliar
8) Discussão de caso em equipe
9) Outros. Quais:
10) Não atendemos esse tipo de demanda específica (Assinalando esta alternativa, a questão E40 será suprimida)

E40. Ações realizadas no caso de identificação de VIOLÊNCIA contra crianças:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Denúncia ao Conselho Tutelar
3) Denúncia ao DISQUE 100
4) Denúncia à autoridade policial
5) Atendimento dos pais e/ou responsáveis
6) Encaminhamento ao CRAS e/ou CREAS
7) Notificação Compulsória de Violência Interpessoal ou Autoprovocada
8) Acompanhamento pela equipe na Unidade
9) Discussão com o eMulti/equipe de apoio
10) Outros. Quais:

E41. Locais ou equipamentos no território onde são desenvolvidas ações para a saúde das crianças:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Domicílio
2) Creche e/ou escolas (incluindo atividades do Programa Saúde na Escola, entre outras)
3) Centros esportivos e culturais
4) Serviços socioassistenciais (CRAS, CREAS, Centro Pop e/ou outros)
5) Espaços comunitários, movimentos populares e/ou instituições e organizações não governamentais (ONG)
6) Serviços de acolhimento institucional ou familiar
7) Outros. Quais:
8) Não desenvolve atividades para criança fora da unidade

E42. Ações de promoção e prevenção para crianças realizadas NO TERRITÓRIO:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Orientação sobre alimentação saudável e prevenção de obesidade e desnutrição
2) Vacinação
3) Orientação sobre higiene bucal
4) Avaliação de acuidade visual
5) Avaliação de acuidade auditiva
6) Prevenção de acidentes domésticos
7) Orientação sobre os prejuízos de excesso de tempo em tela
8) Prevenção de violência doméstica, sexual, exploração sexual infantil, entre outros
9) Inclusão social e combate a situações discriminatórias (raça, gênero, religião, outros)
10) Prevenção do Trabalho infantil
11) Prevenção do uso de tabaco, álcool e drogas, entre outros
12) Orientação sobre educação sexual
13) Prevenção de doenças transmissíveis e infecções parasitárias (escabiose, piolho, verminoses, entre outros)
14) Educação sobre saúde e meio ambiente (prevenção de dengue, febre maculosa, leptospirose e outras)
15) Outras. Quais:

E43. Ações realizadas com relação ao CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO do adolescente:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Avaliação do desenvolvimento e mudanças na adolescência
2) Vacinação e registro
3) Avaliação de alterações posturais
4) Acompanhamento de atraso puberal, puberdade precoce, dismenorreia, ginecomastia puberal
5) Orientação sobre ciclo menstrual (menarca, dismenorreia, outros)
6) Avaliação da dor escrotal, criptorquidismo, torção testicular, epididimite, varicocele
7) Prevenção e tratamento da acne
8) Prevenção e tratamento da anemia
9) Avaliação e acompanhamento de situações de risco para doenças cardiovasculares (obesidade, sedentarismo, tabagismo, outras)
10) Orientações quanto aos prejuízos do excesso de tempo de tela (celular, computador, TV, outros)
11) Acolhimento e escuta do adolescente com sigilo e confidencialidade
12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
13) Outros. Quais:
14) Realizado mediante demanda, sem programas ou atividades regulares

E44. Situações em que a equipe informa os pais ou responsáveis sobre os conteúdos dos atendimentos de adolescentes:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Em situações de risco para a vida, como ideações suicidas ou violência interpessoal, independentemente do consentimento do adolescente
2) Quando os pais ou responsáveis solicitam informações
3) Quando o adolescente solicita
4) Nos casos em que o profissional e o adolescente consideram necessário
5) Outros. Quais:

E45. Ações e temas abordados com relação à SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA do adolescente:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Gênero e sexualidade
2) Planejamento reprodutivo
3) Gravidez indesejada
4) Orientações sobre aborto legal
5) Maternidade e paternidade na adolescência
6) Aconselhamento para estratégias individualizadas de prevenção de IST/aids
7) Oferta de teste rápido para HIV/Aids, sífilis e hepatites virais
8) Assistência relacionada à saúde sexual e reprodutiva (vulvovaginites, dor na relação sexual, contracepção de emergência, outros)
9) Acolhimento e escuta do adolescente, mesmo desacompanhado
10) Outros. Quais:
11) Não realiza ações com relação à saúde sexual e reprodutiva para adolescentes

E46. Ações relativas às CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS para adolescentes realizadas na unidade e/ou comunidade:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Acolhimento e escuta do adolescente, mesmo desacompanhado
2) Avaliação de transtornos em saúde mental (depressão, transtorno de ansiedade generalizada, Bipolaridade, etc)
3) Acompanhamento de problemas relacionados ao contexto escolar (alterações de comportamento e aprendizagem)
4) Diálogo sobre projeto de vida
5) Orientações sobre direitos da adolescência, saúde e trabalho
6) Prevenção do suicídio
7) Orientação e acompanhamento em relação ao uso de álcool e outras drogas
8) Prevenção da dependência farmacológica (analgésicos, psicofármacos, anabolizantes, entre outros)

9) Sensibilização sobre os prejuízos do tabagismo (cigarro, vape, pod, narguilé, entre outros)
10) Avaliação e acompanhamento de distúrbios alimentares e de autoimagem (anorexia, bulimia, vigorexia, obesidade, entre outros)
11) Vigilância de violência doméstica, sexual, exploração sexual, entre outros
12) Orientações sobre benefícios e riscos do uso de mídias digitais e redes sociais
13) Combate a situações discriminatórias (raça, gênero, religião, outros)
14) Atividades sobre cidadania, direitos e participação social de adolescentes
15) Acompanhamento de casos de adolescentes em situações de conflito com a lei
16) Outros. Quais:
17) Não realiza ações com relação às condições psicossociais para adolescentes

E47. Estratégias para identificação de VIOLÊNCIA contra adolescentes:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Identificação de sintomas e queixas físicas/psicológicas
3) Escuta individual e sigilosa
4) Valorização do relato espontâneo do/a adolescente
5) Escuta de relato dos responsáveis
6) Escuta de relatos de outros usuários
7) Visita domiciliar
8) Discussão de caso em equipe
9) Outro(s). Especifique:
10) Não atendemos esse tipo de demanda específica (Assinalando esta alternativa, a questão E48 será suprimida)

E48. Ações realizadas no caso de identificação de VIOLÊNCIA contra adolescentes:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Denúncia ao Conselho Tutelar
3) Denúncia ao DISQUE 100
4) Denúncia à autoridade policial
5) Atendimento dos pais e/ou responsáveis
6) Encaminhamento ao CRAS e/ou CREAS
7) Notificação Compulsória de Violência Interpessoal ou Autoprovocada
8) Acompanhamento pela equipe na Unidade
9) Discussão com o eMulti/equipe de apoio
10) Outro. Especifique: -

E49. Locais onde são desenvolvidas ações para a saúde de adolescentes:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Escolas (atividades do Programa Saúde na Escola, entre outras)
2) Centros esportivos e culturais
3) Espaços comunitários, de movimentos populares e/ou de Instituições e Organizações Não Governamentais
4) Serviços de Acolhimento Institucional ou Familiar
5) Serviços socioassistenciais (CRAS, CREAS, CentroPop) e/ou das Reuniões e Grupos em parceria com Programas sociais
6) Espaços religiosos (igrejas, terreiros, templos, entre outros)
7) Outro. Especifique:
8) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes fora da unidade

E50. Para a o cuidado específico às necessidades de saúde de jovens, de 18 a 30 anos, o serviço realiza as ações de:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Identificação de necessidades de indivíduos jovens por meio da aplicação de instrumentos de trabalho (roteiro para atendimentos, rodas de conversa, entre outros).
2) Abordagem de temas de interesse dessa faixa etária (novas relações afetivas e familiares; estudo, trabalho e projetos de vida, entre outros).
3) Acolhimento diferenciado de jovens em situação de vulnerabilidade relacionada a determinantes sociais da saúde (raça/cor, gênero, classe social, entre outros).
4) Prevenção e cuidado de situações de risco e agravos comuns nesta fase (infecções sexualmente transmissíveis, sofrimento emocional, entre outros).
5) Atividades educativas ou terapêuticas com o emprego de metodologias de comunicação (dinâmicas de grupo, utilização de redes sociais, entre outros).
6) Período(s) para atendimento com horário adequado para jovens que estudam e/ou trabalham (à noite ou durante o fim de semana).
7) Avaliação das condições de saúde de jovens do território (levantamentos de dados, diálogo com jovens, entre outros).
8) Promoção da participação social de jovens no serviço de saúde e no território (conselho gestor, movimentos sociais, entre outros).
9) Reuniões de equipe com discussões sobre particularidades dessa faixa etária e planejamento de atividades.
10) O serviço não realiza nenhuma das atividades acima dirigidas a jovens entre 18 e 30 anos.

VIII. ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO

E51. Ações realizadas para a SAÚDE DA MULHER:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Atendimento a queixas ginecológicas em demanda espontânea (ex: corrimento vaginal, dor pélvica, dor em relação sexual, outros)
2) Atenção às alterações no ciclo menstrual (dismenorreia, amenorreia, outros)
3) Orientação sobre saúde sexual, gênero e sexualidade
4) Orientação individualizada no planejamento reprodutivo (desejo ou não de engravidar, orientação e prescrição métodos contraceptivos, outros)
5) Atenção ao pré-natal e puerpério (Assinalando esta alternativa, as questões E64 e E75 serão suprimidas)
6) Rastreamento do câncer ginecológico e de mama (Assinalando esta alternativa, as questões E52, E53, E54, E55 serão suprimidas)
7) Atenção à mulher no envelhecimento (síndrome do climatério, riscos para doenças nesta fase, outros)
8) Identificação de situações de violência contra a mulher (Assinalando esta alternativa, as questões E56, E57 serão suprimidas)
9) Orientação para identificação e enfrentamento da violência institucional*
10) Avaliação de vulnerabilidades sociais
11) Relações de gênero e sobrecarga no cuidado familiar
12) Orientação sobre cidadania, direitos e participação social
13) Orientações sobre saúde no trabalho e direitos trabalhistas
14) Grupos terapêuticos para mulheres
15) Outros:
16) Não realiza atenção à saúde da mulher (Assinalando esta alternativa, as questões E52, E53, E54, E55, E56 e E57 serão suprimidas)

E52. CRITÉRIOS utilizados para a coleta de rotina do exame de Papanicolau:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Livre demanda, por solicitação das mulheres
2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
3) A cada 6 ou 12 meses para mulheres com citologia oncótica alterada
4) Os dois primeiros exames são realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos são realizados a cada 3 anos
5) A coleta de rotina é priorizada para mulheres com idade entre 25 e 64 anos
6) Outro(s). Especifique:

E53. Estratégias para ampliar a cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero na população:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Organização de campanhas e/ou mutirões para coleta de Papanicolau
2) Identificação e busca ativa das mulheres na faixa etária prioritária para rastreamento, residentes no território de abrangência
3) Oferta ativa para todas a mulheres com indicação (conforme critérios de rastreamento)
4) Atividades de rotina para vigilância (controle de exames alterados, avaliação de cobertura da faixa etária prioritária no território, outros)
5) Discussão na comunidade sobre a prevenção e rastreamento do câncer de colo de útero
6) Capacitação da equipe sobre os critérios de rastreamento do câncer de colo de útero
7) Realização do Teste DNA-HPV
8) Outra. Especifique:

E54. CRITÉRIOS utilizados para solicitação de MAMOGRAFIA de rotina (na ausência de queixas):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Livre demanda, por solicitação das mulheres
2) Anualmente para mulheres com alto risco
3) A cada dois anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem fatores de risco ou alteração de exame físico
4) Em caso de exame clínico das mamas alterado
5) Outro. Especifique:

E55. Estratégias para ampliar a cobertura do rastreamento e diagnóstico precoce de CÂNCER de MAMA:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
2) Sensibilização das usuárias sobre sinais do câncer de mama
3) Orientação das usuárias sobre auto- palpação das mamas
4) Identificação e busca ativa das mulheres na faixa etária prioritária para rastreamento
5) Atividades de rotina para vigilância (oferta oportuna de mamografia, controle dos resultados alterados de mamografias, cobertura da faixa etária prioritária, outros)
6) Discussão na comunidade e campanhas sobre câncer de mama
7) Capacitação da equipe sobre os critérios de rastreamento do câncer de colo de mama
8) Outra. Especifique:

E56. Estratégias utilizadas para identificação da VIOLÊNCIA contra a mulher: Pontuada

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Identificação de sintomas e queixas físicas/psicológicas
3) Escuta individual e sigilosa
4) Relato espontâneo da mulher
5) Escuta de relatos de terceiros (cuidador, familiares, vizinhos ou outros)
6) Visita domiciliar
7) Discussão de caso em equipe
8) Outras. Quais:
9) Não realiza ações específicas em situações de violência contra mulher (Assinalando esta alternativa, a questão E57 será suprimida)

E57. Ações realizadas em casos de VIOLÊNCIA contra a mulher:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
3) Acompanhamento em grupo
4) Orientação sobre o direito de abertura de Boletim de Ocorrência
5) Orientação sobre denúncia ao DISQUE 180 e/ou DISQUE 100
6) Discussão com eMulti/equipe de apoio
7) Discussão do caso com CRAS e/ou CREAS
8) Notificação Compulsória de Violência Interpessoal ou Autoprovocada
9) Encaminhamento para serviço de referência
10) Outros. Especifique:

E58. Ações de promoção da SAÚDE DO HOMEM abordam os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Importância do autocuidado e autoconhecimento corporal
2) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
3) Paternidade responsável
4) Métodos contraceptivos temporários e definitivos
5) Desmistificação da vasectomia
6) Impotência sexual
7) Envelhecimento saudável
8) Andropausa
9) Prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
10) Direitos previstos em lei (licença à paternidade, licença médica, entre outros)
11) Outra. Especifique:
12) Não desenvolvemos ações de promoção na atenção à saúde dos homens

E59. Ações realizadas na atenção à SAÚDE DO HOMEM:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Abordagem da história familiar, fatores de risco e sinais e sintomas de câncer de próstata
2) Busca de lesões de pele suspeitas de câncer
3) Decisão compartilhada sobre pedido de Antígeno Prostático Específico (PSA) em assintomáticos
4) Atenção a condições de disfunção erétil e impotência sexual
5) Prevenção e tratamento de IST
6) Busca de sinais de sofrimento mental
7) Prevenção e tratamento do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas
8) Adesão às ações e tratamentos de saúde
9) Grupos de discussão sobre masculinidades, violência e temas emergentes
10) Identificação de agravos e adoecimento relacionado ao trabalho
11) Identificação de situações de violência doméstica
12) Identificação de situações de violência em espaços públicos
13) Promoção da saúde em bares, oficinas, barbearias, espaços esportivos, entre outros
14) Outro. Especifique:
15) Não há uma abordagem específica na atenção à saúde dos homens

E60. Ações realizadas na ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Atenção às doenças mais frequentes na população negra (anemia falciforme, controle de hipertensão e diabetes)
2) Avaliação das condições de trabalho
3) Avaliação e diagnóstico em saúde mental
4) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência
5) Orientação sobre o direito de abertura de Boletim de Ocorrência em situações de intolerância étnico- racial (racismo)
6) Combate ao estigma e discriminação
7) Orientação para identificação e enfrentamento da violência institucional*
8) Atividades de educação em saúde em coletivos negros
9) Atividades de letramento racial para a equipe
10) Outra. Especifique:
11) Não realiza ações específicas voltadas para a população negra

E61. Ações realizadas para ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS TRANS: Pontuada

Selecione uma ou mais alternativas

1) Registro do nome social e identidade de gênero nos sistemas de informação
2) Uso do nome social em todos os atendimentos

3) Diagnóstico de condições de vulnerabilidade individual e/ou social
4) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência
5) Diagnóstico e acompanhamento de situações de sofrimento em saúde mental
6) Orientações sobre saúde sexual e reprodutiva
7) Orientação sobre métodos contraceptivos
8) Rastreamento de câncer de colo de útero, mama e próstata
9) Orientação para utilização do banheiro de acordo com o gênero com o qual se identifica
10) Orientações sobre direitos sociais
11) Combate ao estigma, discriminação e preconceito
12) Orientação para identificação e enfrentamento da violência institucional*
13) Notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência
14) Discussão de casos com e-Multi/equipe de apoio multiprofissional
15) Seguimento do processo transexualizador na unidade (hormonização)
16) Seguimento do processo transexualizador em conjunto com o ambulatório especializado
17) Encaminhamento para atenção especializada no processo transexualizador
18) Educação permanente da equipe
19) Outra. Especifique:
20) Não realiza ações específicas para pessoas trans

E62. Estratégias utilizadas para identificação de VIOLÊNCIA* contra pessoas LGBTQIAPN+:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Identificação de sintomas/queixas físicas e psicológicas
3) Valorização do relato espontâneo
4) Escuta individual e sigilosa
5) Escuta de relatos de terceiros (cuidador, familiares, vizinhos ou outros)
6) Visita domiciliar
7) Discussão de caso em equipe
8) Discussão de casos com e-Multi/equipe de apoio multiprofissional
9) Outro. Especifique:
10) Não realiza ações específicas em situações de violência contra pessoas LGBTQIAPN+

E63. Ações realizadas em casos de VIOLÊNCIA contra pessoas LGBTQIAPN+:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Denúncia ao DISQUE 100
3) Discussão do caso com CRAS e/ou CREAS
4) Orientação sobre o direito de abertura de Boletim de Ocorrência em situações de homofobia e transfobia
5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
6) Consulta compartilhada com profissionais da Unidade

7) Discussão com o e-Multi/equipe multiprofissional de apoio
8) Outro. Especifique:
9) Não realiza ações específicas em situações de violência contra pessoas LGBTQIAPN+

IX. ATENÇÃO À GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

E64. Estratégias de comunicação do resultado do teste de gravidez:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Informa-se o resultado
2) Se negativo, encaminha para contracepção
3) Se negativo, orienta para cuidados pré-conceptivos ou conceptivos
4) Se positivo, inicia o pré-natal
5) É considerado se a gravidez é desejada ou não ao informar o resultado
6) Orienta em situações de direito ao aborto legal
7) Em casos de gravidez indesejada, orienta sobre riscos de aborto inseguro
8) Outro(s). Especifique:
9) A unidade não realiza teste de gravidez

E65. Proporção de gestantes com início do Pré-Natal no 1º Trimestre:

Selecione apenas uma alternativa

1) 90% ou mais
2) Entre 90% e 80%
3) Entre 80% e 60%
4) Entre 50% e 60%
5) Menos de 50%
6) A equipe não dispõe destas informações

E66. As ações regularmente desenvolvidas no primeiro atendimento de PRÉ-NATAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

1) O primeiro atendimento é realizado no mesmo dia do teste positivo para gravidez
2) Diálogo sobre as expectativas desta gestação para a usuária em seu contexto familiar e social
3) Realização de teste rápido para HIV e sífilis
4) Prescrição de sulfato ferroso durante toda a gestação e os três primeiros meses do pós-parto
5) Prescrição de suplementação de ácido fólico durante o primeiro trimestre de gestação
6) Prescrição de carbonato de cálcio a partir da 12ª semana até o parto
7) Avaliação do estado nutricional e orientação sobre o ganho de peso na gestação
8) Orientação sobre uso seguro de medicamentos
9) Orientação sobre prevenção de arboviroses (zika, chikungunya, dengue)

10) Orientação sobre riscos do tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
11) Avaliação das condições de trabalho
12) Identificação de condições de pré-natal de alto risco
13) Encaminha para pré-natal odontológico
14) Registro de dados na caderneta da gestante e entrega para a usuária
15) Outra. Especifique:

E67. Ações realizadas no seguimento do pré-natal de baixo risco:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Realização do pré-natal exclusivamente pelo médico
2) Realização do pré-natal exclusivamente pelo enfermeiro
3) Atendimentos são intercalados entre enfermeiro e médico
4) Seis consultas ou mais durante o pré-natal
5) Prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
6) Aplicação da vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular) a partir da 20ª semana de gestação
7) Atualização Vacinal
8) Grupos periódicos para gestantes
9) Grupos periódicos para gestantes e parcerias
10) Seguimento mais frequente de gestantes em situação de vulnerabilidade (raça/cor, classe social, faixa etária, gênero, outros)
11) Consultas semanais no último mês de gestação (entre 36ª e 41ª semanas)
12) Orientações sobre o parto normal e humanizado
13) Elaboração do Plano de Parto
14) Orientações e incentivo ao aleitamento materno
15) Apoio para as mulheres que não poderão amamentar (banco de leite, suplementação etc.)
16) Pré-natal do parceiro(a)
17) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
18) Outra. Especifique:

E68. Os exames solicitados de rotina para todas as gestantes durante o PRÉ-NATAL de baixo risco são:

Preencha as colunas

EXAMES	1ª CONSULTA	24ª a 28ª semana	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)			
2) Eletroforese de hemoglobina			
3) Urina I			
4) Urocultura			
5) Tipagem sanguínea e fator Rh			
6) Coombs indireto caso Rh negativo			
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
8) Teste rápido ou sorologia para HIV			
9) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)			
10) Sorologia para hepatite B (HbsAg)			
11) Glicemia de jejum			
12) Teste de intolerância à glicose			
13) Ultrassom obstétrico			
14) Outro. Especifique _____			

E69. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

1) Encaminhada para serviço/maternidade de referência
2) Encaminhada para serviço/maternidade de referência e orientada a retornar à UNIDADE após o parto
3) Encaminhada para serviço/maternidade de referência e mantém o acompanhamento com a equipe da unidade
4) Acompanhada pela equipe na Unidade
5) Outro. Especifique:

E70. Ações realizadas em casos de DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Tratamento com penicilina benzatina, de acordo com protocolo
2) Para gestantes no terceiro trimestre inicia-se o tratamento até 30 dias antes do parto
3) Notificação Compulsória
4) Convocação da parceria para testagem
5) Controle de VDRL mensal
6) Encaminhamento das gestantes alérgicas à penicilina para dessensibilização
7) Outro. Especifique:

E71. Local onde é realizado tratamento com penicilina benzatina de GESTANTES COM SÍFILIS e parcerias(s):

Selecione apenas uma alternativa

1) Na unidade para a gestante e não é realizado o tratamento de parceria(s)
2) Na unidade, tanto para a gestante como para sua(s) parceria(s)
3) Na unidade para a gestante e no serviço de referência para sua(s) parceria(s)
4) Na unidade para parceria(s) e no serviço de referência para gestante
5) No serviço de referência, tanto para a gestante como para sua(s) parceria(s)

E72. Nos últimos três anos, houve casos de SÍFILIS CONGÊNITA em que o pré-natal foi realizado na unidade?

Selecione apenas uma alternativa

1) Sim
2) Não
3) Não sabe informar, dados não disponíveis.

E73. Local onde é realizado o pré-natal da gestante vivendo com HIV:

Selecione apenas uma alternativa

1) Somente na Unidade
2) Somente em serviço de referência

3) No serviço de referência, mantendo-se simultaneamente o acompanhamento com a equipe

E74. Ações realizadas no PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Visita domiciliar para a puérpera e o recém-nascido
2) Atendimento ao binômio (mãe-bebê) até o 7° dia de vida
3) Avaliação da evolução da gestação, histórico e intercorrências pós-parto (caderneta da gestante)
4) Promoção do aleitamento materno e cuidados com as mamas
5) Suplementação de Ferro
6) Orientações sobre alimentação
7) Orientações sobre atividade sexual
8) Orientações sobre contracepção
9) Avaliação de condições psicoemocionais (preocupações e desânimo)
10) Avaliação de condições sociofamiliares (rede de apoio e trabalho)
11) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
12) Avaliação de condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos (caderneta da criança)
13) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames e outros)
14) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós-parto)
15) Outras. Quais:
16) Não realizamos puerpério imediato na unidade

E75. Ações realizadas nos atendimentos de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós-parto (caderneta da gestante), caso seja primeira consulta pós-parto
2) Identificação de intercorrências pós-parto (como febre, hemorragia, mastite, entre outros)
3) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
4) Aleitamento materno (experiência do 1° mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
6) Orientações sobre direitos sociais e trabalhistas
7) Condições sociofamiliares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
8) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames e outros)
9) Outras. Quais:
10) Não realizamos puerpério tardio na unidade

X. ATENÇÃO A CONDIÇÕES DE RISCO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO

E76. Ações realizadas para o rastreamento de RISCO CARDIOVASCULAR:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Aferição de pressão arterial (PA) em todos os atendimentos
2) Identificação de diagnóstico prévio de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial e/ou dislipidemia
3) Avaliação de peso e altura (IMC), de acordo com a idade
4) Avaliação de obesidade central (circunferência abdominal)
5) Identificação de eventos cardiovasculares prévios
6) Identificação de histórico familiar de diabetes e/ou hipertensão
7) Diagnóstico de sedentarismo, tabagismo, uso de álcool e outras drogas
8) Reconhecimento de risco diferenciado por raça e/ou etnia
9) Classificação de risco cardiovascular (baixo, intermediário ou alto)
10) Outra. Especifique:
11) Não são realizadas ações de rastreamento de risco cardiovascular

E77. Critérios de solicitação de exames* para rastreamento de dislipidemia:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Para todos os pacientes adultos em todas as consultas
2) Homens com 35 anos ou mais e mulheres com 45 anos ou mais
3) Diabetes mellitus em homens com idade superior a 45 anos e mulheres com idade superior a 50 anos com pelo menos um fator de risco
4) Possuir moderado ou alto risco cardiovascular (Escore de risco de Framingham)
5) A cada cinco anos para a população geral com resultados normais
6) Anualmente para portadores de doenças crônicas
7) Outro. Especifique:
8) Não realiza rastreamento para dislipidemia

E78. Ações de diagnóstico e seguimento para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Acompanhamento com protocolo específico para HA
2) Aferição de 3 medidas de PA em momentos diferentes para diagnóstico de hipertensão
3) Mapeamento de pressão arterial (PA) para controle da hipertensão
4) Estratificação de hipertensão arterial
5) Solicitação periódica de exames
6) Classificação de risco cardiovascular
7) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
8) Terapêutica não medicamentosa (mudança de estilo de vida), como medida inicial
9) Introdução de terapêutica medicamentosa

10) Orientação sobre dieta hipossódica e alimentação saudável
11) Prevenção e tratamento de obesidade
12) Orientação de atividade física
13) Orientação para cessação do uso de tabaco
14) Orientação sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
15) Atividades em grupo
16) Incentivo à adesão ao tratamento
17) Monitoramento do seguimento das pessoas com HA de médio e alto risco
18) Outra. Especifique:
19) Não realiza ações específicas para pessoas com hipertensão arterial

E79. Ações de diagnóstico e seguimento para pessoas com DIABETES TIPO II (DM):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Rastreamento de diabetes em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg
2) Solicitação de exame de glicemia de jejum para diagnóstico de DM
3) Acompanhamento com protocolo específico para DM
4) Solicitação periódica de exames
5) Classificação de risco cardiovascular
6) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
7) Orientação de dieta
8) Orientação de atividade física
9) Orientação sobre o uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas
10) Prevenção e tratamento de obesidade
11) Avaliação e orientação em saúde bucal
12) Avaliação, orientação e controle dos cuidados com os pés
13) Avaliação sobre impotência sexual
14) Incentivo à adesão ao tratamento
15) Atividades em grupo
16) Treinamento para autoaplicação de insulina
17) Orientação sobre descarte adequado de insulina (agulha e seringa)
18) Fornecimento do glicosímetro para usuários de insulina
19) Monitoramento do seguimento das pessoas com DM de médio e alto risco
20) Outra. Quais:
21) Não realiza ações voltadas especificamente a pessoas com diabetes tipo II

E80. Exames solicitados para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL e/ou DIABETES TIPO II:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Urina tipo I
2) Potássio
3) Creatinina sérica
4) Glicemia de jejum
5) Colesterol total e frações (LDL e HDL)
6) Triglicerídeos

7) Ácido úrico
8) Eletrocardiograma – ECG
9) Exame de fundo de olho
10) Microalbuminúria
11) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
12) Outro. Quais:

E81. Ações de diagnóstico e seguimento para pessoas com Sobrepeso e OBESIDADE:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Ações na comunidade voltadas à prevenção de sobrepeso e obesidade
2) Identificação de usuário com sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m2 e < 30 kg/m2)
3) Identificação de usuário com obesidade (IMC≥ 30 kg/m2)
4) Avaliação da circunferência abdominal
5) Identificação de quadros psicossociais que influenciam o padrão de consumo alimentar
6) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
7) Orientações para alimentação saudável
8) Grupos de caminhada e/ou exercícios físicos ao ar livre
9) Grupos de educação em saúde para perda de peso
10) Estímulo à formação de hortas comunitárias
11) Encaminhamento para serviço especializado (cirurgia bariátrica, outros)
12) Outra. Especifique:
13) Não realiza ações voltadas à prevenção e tratamento da obesidade

E82. Ações para pessoas com DOR CRÔNICA:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Assistência a pessoas com dor recorrente na demanda espontânea
2) Escuta ativa de pessoas com queixas recorrentes de dor (“poliqueixosos” ou “frequentadores”)
3) Uso de escala para avaliação da intensidade da dor
4) Avaliação de condições de trabalho, como desencadeante de dor crônica
5) Avaliação de situações de violência, como desencadeante de dor crônica
6) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
7) Oferta de tratamento medicamentoso específico
8) Orientações sobre riscos do uso abusivo de anti-inflamatórios
9) Vigilância e manejo de medicamentos em uso contínuo
10) Grupos de vivência ou terapêuticos
11) Encaminhamento para fisioterapia
12) Encaminhamento para suporte psicoterapêutico
13) Oferta de Práticas Integrativas e complementares
14) Discussão com o e-Multi/equipe multiprofissional de apoio
15) Outra. Especifique:
16) Não realiza ações específicas para tratamento de dores crônicas

E83. Estratégias para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS faltosas ou não aderentes ao tratamento:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Busca ativa
2) Grupo de adesão na própria Unidade
3) Discussão em equipe de alternativas de abordagem/projeto terapêutico
4) Discussão com eMulti/equipe de apoio multiprofissional
5) Alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
6) Outra. Especifique:
7) A equipe não realiza atividades específicas para não aderentes

E84. Cuidados realizados para PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Visitas periódicas com equipe de enfermagem e/ou multiprofissional
2) Visitas periódicas com médico
3) Procedimentos domiciliares (vacinação, curativos e outros)
4) Orientações sobre mobilização no leito e prevenção de lesão por pressão
5) Procedimentos odontológicos em domicílio
6) Orientações sobre higiene bucal
7) Orientações quanto aos direitos sociais
8) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
9) Acompanhamento de oxigenoterapia domiciliar
10) Detecção e acompanhamento para as situações de violência
11) Prevenção e acompanhamento do uso de álcool, tabaco e outras drogas
12) Fornecimento de insumos (fraldas, material de curativos e outros)
13) Discussão com e-Multi/equipe multiprofissional de apoio
14) Atenção à família nos casos de óbito
15) Outro. Especifique:
16) Não realizamos cuidado de pessoa acamada no domicílio

XI. ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

E85. Ações realizadas de PROMOÇÃO e PREVENÇÃO à saúde da pessoa IDOSA:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Prevenção de acidentes domésticos, quedas e fraturas
2) Orientação sobre hidratação adequada
3) Orientações sobre higienização da boca, próteses e identificação de anormalidades
4) Orientação e incentivo à vacinação (gripe e outras)
5) Orientações sobre sexualidade e IST/aids
6) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa

7) Incentivo e orientação à prática corporal e atividade física
8) Atividades em grupos
9) Atividades em Instituições de Longa Permanência (ILP)
10) Outro. Especifique:
11) Não realiza atividades de promoção e/ou prevenção para idosos

E86. Ações realizadas para atenção à pessoa IDOSA:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Avaliação da saúde mental
2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades diárias e instrumentais)
3) Avaliação da memória e função cognitiva
4) Avaliação e acompanhamento de condições crônicas
5) Orientação sobre alimentação
6) Diagnóstico de incontinência urinária
7) Diagnóstico sobre o uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas
8) Receitas médicas com pictogramas (receitas ilustradas)
9) Investigação do suporte familiar e social
10) Identificação de situações de violência contra a pessoa idosa
11) Orientação do usuário para identificação e enfrentamento de situações de violência institucional
12) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
13) Apoio assistencial em Instituições de Longa Permanência (ILP)
14) Outro. Especifique:
15) Não realiza atividades específicas para pessoas idosas

E87. Estratégias para identificação de VIOLÊNCIA* contra pessoa idosa:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Identificação de sintomas/queixas físicas e psicológicas
3) Valorização do relato espontâneo da pessoa idosa
4) Escuta individual e sigilosa
5) Escuta de relatos de outros usuários
6) Visita domiciliar
7) Discussão de caso em equipe
8) Discussão de caso com e-Multi/ equipe de apoio multiprofissional
9) Outro. Especifique:
10) Não atendemos esse tipo de demanda específica

E88. Ações realizadas no caso de detecção de VIOLÊNCIA contra pessoa idosa:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Protocolo de atendimento
2) Denúncia ao DISQUE 100
3) Acompanhamento do caso com CRAS e/ou CREAS
4) Denúncia à autoridade policial
5) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
6) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
7) Consulta compartilhada com profissionais da Unidade
8) Acompanhamento com o e-Multi/equipe multiprofissional de apoio
9) Outro. Especifique:

E89. Ações realizadas para CUIDADORES (formais ou familiares) de pessoas idosas e/ou acamadas:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Orientações sobre administração de medicamentos
2) Orientações sobre mudanças de decúbito
3) Orientações sobre higiene corporal e oral
4) Orientações sobre cuidado com a pele da pessoa idosa
5) Orientações sobre sinais de alerta (urgência e emergência)
6) Orientações sobre o descarte de material perfurocortante
7) Orientação de cursos grátis (on-line ou presencial) para cuidadores
8) Orientação e avaliação da saúde dos cuidadores
9) Prevenção e identificação de situações de violência do cuidador
10) Identificação e orientações quanto à sobrecarga de trabalho
11) Grupo de apoio aos cuidadores
12) Outra. Especifique:
13) Não realiza atividades específicas para cuidadores

XII. SAÚDE MENTAL

E90. Ações realizadas no cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO*: Pontuada

Selecione uma ou mais alternativas

1) Escuta ativa de situações de sofrimento psíquico
2) Identificação de situações com risco de autoextermínio (ideação suicida)
3) Identificação de situações de estigma
4) Acompanhamento individual com profissional da equipe da unidade
5) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
6) Discussão e acompanhamento de caso com e-Multi/equipe de apoio multiprofissional
7) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, outros)

8) Encaminhamento para serviços especializados e seguimento na Unidade
9) Orientação aos familiares ou acompanhantes
10) Orientação do usuário para identificação e enfrentamento de situações de violência institucional
11) Notificação Compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal ou autoprovocada
12) Outros. Especifique: -
13) A equipe não atende a esse tipo de demanda

E91. Ações de cuidado de pessoas com TRANSTORNO MENTAL*:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Identificação de casos de transtornos mentais
2) Identificação de situações de estigma e discriminação
3) Identificação e acompanhamento para as situações de violência
4) Identificação de situações com risco de autoextermínio (ideação suicida)
5) Visita domiciliar periódica
6) Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis
7) Planejamento reprodutivo
8) Grupos de vivência e/ou terapêuticos
9) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
10) Orientação sobre o uso abusivo de medicamentos
11) Construção de projeto terapêutico singular (PTS)
12) Encaminhamento para serviços especializados com seguimento na Unidade
13) Encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
14) Identificação de situações de violência contra a pessoa com transtorno mental
15) Orientação do usuário ou acompanhante para identificação e enfrentamento de situações de violência institucional*
16) Notificação Compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal ou autoprovocada
17) Discussão e acompanhamento com e-Multi/equipe de apoio multiprofissional
18) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, outros)
19) Outro. Quais:
20) A equipe não atende esse tipo de demanda

E92. A reavaliação do uso crônico de BENZODIAZEPÍNICOS é realizada:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Em consulta médica
2) Por revisão de prontuários, registro em livro ou informatizado
3) Por controle de renovação de receitas periódicas
4) Em discussões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
5) Por meio de controle realizado pelo farmacêutico, seguido de discussão com a equipe

6) Outro. Quais:
7) Não há mecanismos de reavaliação do uso continuado de benzodiazepínicos

E93. Ações realizadas para rastreamento e tratamento do TABAGISMO:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Identificação de fumantes e orientação sobre os riscos do uso de tabaco
2) Avaliação da disposição em parar de fumar (grau motivacional)
3) Avaliação do grau de dependência de nicotina
4) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
5) Aconselhamento comportamental breve (individual)
6) Tratamento farmacológico - terapia de reposição de nicotina e/ou bupropiona
7) Grupos de aconselhamento de cessação do tabagismo
8) Capacitação da equipe em estratégias de cessação do uso de tabaco
9) Materiais educativos para os usuários da unidade
10) Encaminhamento para serviço de referência
11) Outro. Quais:
12) Não realiza ações voltadas à prevenção e tratamento do tabagismo

E94. Ações realizadas para rastreamento e tratamento do USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Avaliação do padrão de consumo de álcool
2) Investigação do uso de outras drogas
3) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso de álcool
4) Utilização de instrumento padronizado (AUDIT ou CAGE)
5) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
6) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
7) Identificação de situações com risco de autoextermínio (ideação suicida)
8) Intervenção Breve
9) Estratégias de redução de danos
10) Grupos de apoio ao usuário
11) Grupos de apoio aos familiares
12) Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e orientação de contracepção
13) Detecção e acompanhamento para as situações de violência
14) Discussão de caso com e-Multi/equipe de apoio multiprofissional
15) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
16) Encaminhamento para serviço especializado
17) Encaminhamento para serviços de comunidade terapêutica ou equivalente
18) Capacitação da equipe para abordagem do uso de álcool
19) Outro. Especifique:
20) Não realiza ações voltadas para o uso abusivo ou dependência de álcool

E95. Ações realizadas para rastreamento e tratamento do USO ABUSIVO DE OUTRAS DROGAS (exceto o álcool):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Avaliação do padrão de consumo
2) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso de outras drogas
3) Construção de decisões compartilhadas para o autocuidado
4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
5) Identificação de situações com risco de autoextermínio (ideação suicida)
6) Intervenção Breve
7) Estratégias de redução de danos
8) Grupos de apoio ao usuário
9) Grupos de apoio aos familiares
10) Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e orientação de contracepção
11) Detecção, e acompanhamento para as situações de violência
12) Discussão de caso com e-Multi/equipe de apoio multiprofissional
13) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
14) Encaminhamento para serviço especializado
15) Encaminhamento para serviços de comunidade terapêutica ou equivalente
16) Capacitação da equipe para abordagem do uso outras drogas
17) Outro. Quais:
18) Não realiza ações voltadas para o uso abusivo ou dependência de outras drogas

E96. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
2) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
3) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas
4) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
5) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
6) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
7) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
8) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
9) Hospital de Referência para transtorno mental e/ou drogadição
10) Unidades de Acolhimento (UA) residencial
11) Comunidades Terapêuticas
12) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
13) Outro. Especifique:
14) Não possui rede de apoio

E97. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional(is):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Gerente da Unidade
2) Médicos
3) Enfermeiros
4) Dentistas
5) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e/ou Saúde Bucal
6) Agentes Comunitários de Saúde
7) Toda a equipe de profissionais
8) Secretário/a Municipal de Saúde
9) Outros. Especifique:

CARACTERÍSTICAS E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO QUESTÕES PARA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (eSB)

SB1. Esta Equipe de Saúde Bucal está organizada nas seguintes modalidades:

Selecione apenas uma alternativa

1) Modalidade I (01 cirurgião dentista, 01 auxiliar ou técnico de saúde bucal - ASB ou TSB)
2) Modalidade II (01 cirurgião dentista, 01 TSB e 01 ASB ou TSB)
3) Modalidade III (profissionais da modalidade I ou II que operam também em Unidade Odontológica Móvel)
4) Assistência odontológica sem a presença de auxiliar ou técnico de saúde bucal
5) Sem registro/cadastro credenciado pelo Ministério da Saúde

SB2. A carga horária dessa equipe é de:

Selecione apenas uma alternativa

1) 40h
2) 30h
3) 20h
4) Outro, especifique:

SB3. A eSB está vinculada a quantas equipes da unidade:

Selecione apenas uma alternativa

1) Uma eSF ou uma eAP
2) Duas ou mais eSF ou eAP

SB4. Em relação à população do território sob responsabilidade desta eSB, informe:

Selecione apenas uma alternativa

1) Número aproximado de moradores (população residente): ( ) Não sabemos informar
2) Número de moradores cadastrados: ( ) Não sabemos informar

SB5. Estratégias de integração da equipe de saúde bucal com a(s) equipe(s) da unidade (eSF ou eAP):

Selecione uma ou mais alternativas

1) Participação em reuniões de rotina da equipe (eSF ou eAP)
2) Participação em discussões de casos
3) Desenvolvimento de PTS (Projeto Terapêutico Singular)
4) Reuniões agendadas conforme a necessidade
5) Realização de atividades de educação em saúde em conjunto com outros profissionais da unidade
6) Realização de consultas compartilhadas com outros profissionais da unidade
7) Realização de visitas domiciliares com outros profissionais da unidade
8) Não há mecanismos formais de integração com a equipe (eSF ou eAP)

SB6. Grupos de usuários atendidos pela equipe de Saúde Bucal:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Gestantes
2) Bebês (0 a 24 meses)
3) Crianças até 6 anos
4) Crianças em idade escolar
5) Adolescentes
6) Jovens entre 18 e 30 anos
7) Portadores de Diabetes Mellitus
8) Idosos (> 60 anos)
9) Pessoas com queixas agudas
10) Pessoas acamadas (atenção domiciliar)
11) Pessoas com deficiência e/ou necessidades especiais
12) Trabalhadores de empresas próximas à Unidade
13) Pessoas em situação de rua
14) Outros. Especifique:
15) Usuários em geral, conforme demanda

SB7. O agendamento de consulta odontológica é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Agendamento em livro com fila de espera
2) Há um dia/turno específico para agendamentos
3) Para todos os usuários no início de cada turno (manhã ou tarde)

4) Com hora marcada para cada usuário
5) Com hora marcada para grupo de usuários
6) Agendamento exclusivo de consultas por condições específicas de saúde (dia da pessoa com hipertensão, diabetes, HIV, entre outros)
7) Agendamento exclusivo de consultas por ciclo de vida (dia da criança, da pessoa idosa, da gestante, entre outros)
8) Trabalhamos exclusivamente com demanda espontânea
9) Outros:

SB8. Principais atividades realizadas pelo auxiliar/técnico em Saúde Bucal:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Acolhimento e recepção de usuários agendados e não agendados
2) Preparação do usuário para atendimento
3) Auxiliar e instrumentar o cirurgião dentista
4) Lavagem e preparação de materiais para esterilização
5) Esterilização de materiais e instrumentos utilizados
6) Aplicação de medidas gerais de biossegurança
7) Gerenciamento dos insumos odontológicos
8) Participação nas ações educativas de promoção e prevenção
9) Visita domiciliar
10) Atuação conjunta com agente comunitário de saúde nas ações de prevenção e promoção
11) Busca ativa dos pacientes
12) Organização, inserção de dados e atualização do sistema
13) Conferência, organização e pedido mensal dos materiais/estoque
14) Monitoramento dos indicadores de saúde bucal
15) Outra(s). Especifique:

SB9. Principais atividades realizadas pelo cirurgião dentista:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Consulta de demanda espontânea e urgências
2) Consulta de usuários agendados
3) Consulta compartilhada
4) Elaboração de plano preventivo-terapêutico
5) Execução de tratamento completo
6) Pré-natal odontológico
7) Busca ativa e monitoramento dos grupos prioritários (gestante, hiperdia, criança, entre outros)
8) Identificação e acompanhamento do câncer de boca
9) Identificação de usuários com bruxismo e/ou apertamento
10) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
11) Assistência em Saúde Bucal para pessoas domiciliadas, acamados e institucionalizadas

12) Participar das ações educativas de promoção e prevenção
13) Visita domiciliar
14) Matriciamento
15) Registro de Notificações Compulsórias
16) Supervisão e educação permanente do auxiliar ou técnico de saúde bucal
17) Identificação de casos de maus tratos e/ou violência
18) Utilização de termo de consentimento informado para os usuários
19) Monitoramento dos indicadores de saúde bucal
20) Educação permanente com os profissionais da unidade (equipe)
21) Outras. Especifique:
22)

SB10. Ações educativas de promoção e prevenção em Saúde Bucal:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel
2) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
3) Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica*
4) Ação coletiva de prevenção de câncer bucal
5) Evidenciação de placa bacteriana
6) Orientação de higiene oral
7) Orientação de higienização de próteses dentárias
8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno
9) Orientações sobre uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
10) Ações vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE)
11) Participação em grupos de tabagismo
12) Participação em grupo de gestantes
13) Outros. Quais:

SB11. Estratégias de educação em Saúde Bucal:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Grupos de usuários na unidade
2) Grupo de usuários na comunidade
3) Atividades educativas em creches e/ou escolas
4) Atividades educativas em instituições para idosos (abrigos, Casas de Acolhimento e outros)
5) Atividades educativas em serviços socioassistenciais (CRAS, CREAS) e/ou projetos sociais
6) Outro. Especifique:

SB12. Procedimentos realizados para a prevenção, tratamento e reabilitação em Saúde Bucal realizados na unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)

2) Aplicação de selante
3) Selamento provisório da cavidade dentária
4) Profilaxia/remoção da placa bacteriana
5) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
6) Raspagem, alisamento e polimento subgengival
7) Exodontia de dente decíduo
8) Exodontia de dente permanente
9) Restauração de dente decíduo com resina composta e/ou com ionômero de vidro
10) Restauração de dente permanente com resina composta e/ou com ionômero de vidro
11) Radiografia periapical/interproximal
12) Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)
13) Curativo de demora (com ou sem preparo biomecânico)
14) Tratamento de alveolite
15) Ajuste oclusal
16) Tratamento de pericoronarite
17) Frenectomia
18) Instalação de prótese dentária
19) Adaptação de prótese dentária
20) Tratamento inicial do dente traumatizado
21) Tratamento restaurador atraumático (TRA)
22) Aplicação de cariostático
23) Capeamento pulpar
24) Biópsia dos tecidos moles da boca
25) Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental
26) Retirada de pontos de cirurgias
27) Pulpotomia dentária
28) Ulotomia/Ulectomia
29) Reimplante dental (por dente)
30) Contenção de dentes por splintagem (imobilização dental)
31) Sutura simples
32) Outro. Especifique:

SB13. Organização dos atendimentos de urgências odontológicas:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Todos os casos são atendidos por ordem de chegada no dia
2) São classificados por risco e/ou grupos prioritários
3) É realizado manejo da dor e alocação na agenda
4) Existe um período específico para atendimento (manhã ou tarde)
5) Há vagas limitadas por período
6) Outro. Especifique:
7) Não atendemos urgências odontológicas

SB14. A equipe tem acesso aos seguintes componentes da Rede de Atenção à Saúde Bucal:

Selecione uma ou mais alternativas

1) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), local ou regional
2) Radiologia odontológica
3) Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
4) Unidades de assistência ao câncer de boca (Unacon) ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon)
5) Centros de atenção a fissuras labiopalatais
6) Atenção odontológica hospitalar
7) Outros:
8) Não tem acesso a nenhum serviço especializado em saúde bucal

SB15. Proporção de primeiras consultas odontológicas programáticas nos últimos 12 meses pela população coberta:

Preencha com a proporção/percentual

1) Proporção:
2) Não sabemos informar

SB16. Razão entre tratamentos completos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas nos últimos 12 meses:

Preencha com a proporção/percentual

1) Razão:
2) Não sabemos informar

SB17. Proporção de exodontia em relação ao total de procedimentos preventivos e curativos realizados nos últimos 12 meses:

Preencha com a proporção/percentual

1) Proporção:
2) Não sabemos informar

SB18. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado em relação ao total de gestantes que realizaram pré-natal nos últimos 12 meses:

Preencha com a proporção/percentual

1) Proporção:
2) Não sabemos informar

SB19. Proporção de instalação de próteses dentárias nos últimos 12 meses:

Preencha com a proporção/percentual

1) Proporção:
2) Não sabemos informar
3) Não realizamos esse procedimento

SB20. Número de equipos completos e em condições de uso*:

Preencha com a proporção/percentual

1) Número de equipes completos:
2) Não sabemos informar

SB21. Número de habitantes do território coberto pela equipe de saúde bucal:

Preencha com a proporção/percentual

1) Número:
2) Não sabemos informar

APOIO/FINANCIAMENTO:

REALIZADORES:

ISBN: 978-65-5067-106-8
CBL
9 786550 671068