

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Wagner Fulgêncio Elias

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) DE ACORDO COM O MODELO TEÓRICO DE
ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Belo Horizonte

2016

Wagner Fulgêncio Elias

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) DE ACORDO COM O MODELO TEÓRICO DE
ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas de Saúde e Planejamento

Orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade

Co-orientador: Antônio Thomaz Matta Machado

Belo Horizonte

Julho / 2016

Elias, Wagner Fulgêncio.

EL42a Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) de acordo com o modelo teórico de Atenção às Condições Crônicas [manuscrito]. / Wagner Fulgêncio Elias. - - Belo Horizonte: 2016.

152f.: il.

Orientador (a): Eli Iola Gurgel Andrade.

Coorientador (a): Antônio Thomaz Matta Machado.

Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Programas Nacionais de Saúde. 2. Modelos de Assistência à Saúde. 3. Múltiplas Afecções Crônicas. 4. Saúde Pública. 5. Dissertação Acadêmica. I. Andrade, Eli Iola Gurgel. II. Machado, Antônio Thomaz Matta. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NI M- WA 540



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO **WAGNER FULGENCIO ELIAS**

Realizou-se, no dia 29 de julho de 2016, às 09:00 horas, Sala 029, Andar Térreo da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada **ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) DE ACORDO COM O MODELO TEÓRICO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**, apresentada por **WAGNER FULGENCIO ELIAS**, número de registro 2014652087, graduado no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - Orientador (UFMG), Prof(a). Antonio Thomáz Mata Machado (UFMG), Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos (UFMG), Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck

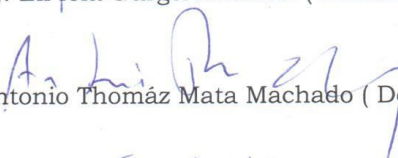
A Comissão considerou a dissertação:

☒ Aprovada

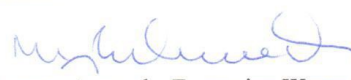
☐ Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 29 de julho de 2016.


Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade (Doutora)


Prof(a). Antonio Thomáz Mata Machado (Doutor)


Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos (Doutora)


Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck (Doutor)

A Daniele e Bento, por dividirem tudo comigo.

A meus pais, pelo apoio e carinho de sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte da minha vida, luz do meu caminho.

À Professora e orientadora Iola, pelo apoio e orientações em todas as etapas deste trabalho.

Ao Professor e co-orientador Thomaz, pelos direcionamentos e correções.

Aos professores, colegas e funcionários da Pós Graduação em Saúde Pública da FM-UFMG.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de estimar a capacidade do Instrumento de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicado no Brasil em 2013 e 2014, para avaliação do cuidado às condições crônicas. As condições crônicas são responsáveis pelo maior impacto na carga de doença da população mundial e o principal desafio atual para os sistemas de saúde de todos os países. A atenção às condições crônicas pelos sistemas e serviços de saúde exige a adoção de um novo modelo teórico, que reorganize a forma como é atualmente prestado o cuidado à saúde e direcione o foco para as condições crônicas, com maior eficiência e resolutividade. O Chronic Care Model (CCM) é o referencial teórico a partir do qual foi feito este estudo. Ele foi proposto em 1998 e desde então tem influenciado a organização de planos nacionais de saúde de diversos países do mundo, com evidências de sua efetividade. A metodologia utilizada foi a leitura comparada do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB em relação à ferramenta de avaliação da capacidade de cuidados crônicos proposta pelo CCM, chamada Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) com o objetivo de identificar as correspondências entre ambos. Os resultados permitem observar que o instrumento brasileiro não possui todos os quesitos necessários para avaliar a qualidade do cuidado às condições crônicas na APS, segundo o ACIC, sendo as principais correspondências identificadas em relação à organização de processos de trabalho da equipe e a atenção aos ciclos de vida e condições de saúde. Também foram identificados vários elementos do cuidado de crônicos no PMAQ-AB, que podem ser reorientados e qualificados, visando à construção de uma ferramenta de avaliação que aprimore a orientação das equipes de saúde para a atenção às condições crônicas. Por isso foram elaboradas algumas propostas de acréscimos a este, com o objetivo de qualificar a avaliação da abordagem de condições crônicas.

Palavras-chave: Programas Nacionais de Saúde. Modelos de Assistência à Saúde. Múltiplas Afecções Crônicas. Saúde Pública.

ABSTRACT

This study aims to estimate the ability of the Brazil's External Evaluation Instrument of the Access and Quality Improvement Program in Primary Care (PMAQ-AB) applied in 2013 and 2014, for assessment of care for chronic conditions. Chronic diseases are responsible for the greatest impact on the burden of disease of the world's population and the main challenge of today for health systems in all countries. The care for chronic conditions in health systems and health services requires the adoption of a new theoretical model, to reorganize the way it is currently done health care and direct focus to chronic conditions, with greater efficiency and resolution. The Chronic Care Model (CCM) is the theoretical framework from which was made this study. It was proposed in 1998 and since then has influenced the organization of national health plans of several countries, with evidence of its effectiveness. The methodology used was the comparative reading of the External Assessment Tool of the PMAQ-AB regarding the evaluation tool of chronic care capacity proposed by CCM, called Assessment of Chronic illness Care (ACIC), with the objective of identifying the correspondences between the two. The results allow us to observe that the Brazilian instrument does not have all the necessary requisites to evaluate the quality of care for chronic conditions in Primary health Care, according to ACIC, with the main correspondences identified in relation to the organization of work processes of the team and attention to the life cycles and health conditions. Several elements of chronic care in PMAQ-AB have also been identified, which can be redirected and qualified in order to build an assessment tool that improves the orientation of teams of health care for chronic conditions. Therefore, some proposals for additions to this one were elaborated, in order to qualify the evaluation of the approach of chronic conditions.

Keywords: National Health Programs. Healthcare Models. Multiple Chronic Conditions. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Organização do Sistema de Saúde em níveis.....	21
FIGURA 2 – O Chronic Care Model (CCM)	28
FIGURA 3 – O Modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC.)	34
FIGURA 4 – O Expanded Chronic Care Model (ECCM)	36
FIGURA 5 – The English National Health Service and Social Care Long Term Conditions Model	38
FIGURA 6 – O Modelo de atenção às Condições Crônicas para o SUS (MACC).....	41

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Grupos e Subgrupos do Estudo de Carga de Doença	15
QUADRO 2 – A diferença entre Condições Agudas e Condições Crônicas.....	18
QUADRO 3 – A estrutura do ACIC.....	48
QUADRO 4 – Dimensões de Avaliação do AMAQ.....	51
QUADRO 5 – Correspondências entre o PMAQ-AB e o ACIC.....	59
QUADRO 6 – Partes e Componentes do ACIC presentes no PMAQ.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB ou ABS - Atenção Básica em Saúde

ACIC - Assessment of Chronic Illness Care (Avaliação do Cuidado às Doenças Crônicas)

AMAQ - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

CCM - Chronic Care Model (Modelo de Cuidados Crônicos)

CICC - Cuidados Inovadores para Condições Crônicas

CISNS - Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde da Espanha)

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DALY - Disability Adjusted Life Years (Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade)

DNT - Doenças Não Transmissíveis

EAB - Equipe(s) de Atenção Básica

ECCM - Expanded Chronic Care Model (Modelo Expandido de Cuidados Crônicos)

EP – Educação Permanente

e-SUS AB – sistema eletrônico de inserção de dados de produção da atenção básica para alimentação do SISAB e prontuário eletrônico, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GBD - Global Burden of Disease (Carga Global de Doença)

HRSA's - Health Resources and Services Administrations – ação coordenada para a implantação do CCM em serviços de saúde americanos.

IEMAC - Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad (Instrumento de Avaliação de Modelos de Atenção para Condições Crônicas)

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

LIACC - Laboratório de Inovação para a Gestão de Condições Crônicas

MACC - Modelo da Atenção às Condições Crônicas para o SUS

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHS - National Health Service (Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra)

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PACIC - Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (Avaliação dos Pacientes para o Cuidado de Condições Crônicas)

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ ou **PMAQ-AB** - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica

PUC-PR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná

QCPC - Questionnaire of Chronic Illness Care in Primary Care

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

YLD - Years Lost due to Disability (Anos perdidos devido à incapacidade)

YLL - Years of Life Lost (Anos de Vida Perdidos)

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	13
2- REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 A Carga Global de Doença, as Condições Crônicas e seu impacto sobre a saúde da população e sobre o Sistema de Saúde.	14
2.1.1 O conceito de Condições Crônicas.....	17
2.2 As Redes de Atenção à Saúde	22
2.2.1 O papel da APS nas RAS e na atenção às condições crônicas	25
2.3 Os Modelos de Atenção às Condições Crônicas	27
2.3.1 O Chronic Care Model – CCM	28
2.3.1.1 A descrição do CCM	28
2.3.2 As principais adaptações do CCM	33
2.3.3 Resultados da implantação do CCM	45
2.4 Ferramentas para avaliação do CCM: ACIC e PACIC	46
2.5 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) ...	49
3- OBJETIVOS	55
3.1 Objetivos Específicos	55
4- MÉTODO.....	56
4.1 Tipo de Estudo.....	56
4.2 Método de trabalho	56
5- RESULTADOS.....	58
5.1 Correspondência entre o PMAQ-AB e o ACIC	58
5.2 Proposição de melhorias para os instrumentos.....	71
5.2.1 Para o PMAQ-AB	72
5.2.1 Para o ACIC	74
6- DISCUSSÃO.....	74
7- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
9- ANEXOS.....	86
ANEXO 1 – O ACIC EM PORTUGUÊS	86
ANEXO 2 – O Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB para Equipes de Atenção Básica – Módulo II.	96

1- INTRODUÇÃO

As condições crônicas correspondem a um conjunto de condições de saúde que agrupa as doenças crônicas não transmissíveis, algumas doenças transmissíveis, o manejo dos ciclos de vida e as incapacidades temporárias ou permanentes, adquiridas ou congênitas (OMS, 2003). Elas são responsáveis hoje por mais de 60% da carga de doença do Brasil (SCHRAMM, 2004).

Embora o impacto das condições crônicas na saúde da população brasileira e mundial seja tão expressivo e haja expectativas de aumento, é consenso entre os estudiosos de saúde pública que os sistemas atuais de saúde, em sua maior parte, não estão adaptados para responder de maneira adequada às condições crônicas. É necessária a reorganização do sistema de saúde, por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), aqui compreendidas como uma forma de organização do sistema de prestação de serviços de saúde de modo que seus componentes trabalhem de forma poliárquica e integrada, proporcionando um contínuo de atenção à saúde e respondendo adequadamente às necessidades de uma determinada população (BRASIL, 2010 e 2013a).

Dessa forma, têm sido desenvolvidas e implantadas em vários países do mundo propostas de modelo de atenção às condições crônicas e avaliação do cuidado às condições crônicas, nos quais são apontadas as mudanças fundamentais que devem ser feitas em todos os níveis dos sistemas de saúde para que se adequem às demandas contemporâneas (NOLTE e MCKEE, 2008).

O Chronic Care Model (CCM) desenvolvido em 1998 pelos pesquisadores do McColl Institute nos Estados Unidos é o modelo teórico original. Desde então este modelo tem sido estudado e empregado em diversos países e serviços de saúde do mundo, com ou sem adaptações, apresentando bons indicadores no manejo das condições crônicas. O Brasil também possui uma adaptação do CCM, chamada Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (MACC) (MENDES, 2012).

É consenso entre os modelos de atenção às condições crônicas que a Atenção Primária à Saúde (APS) possui fundamental importância na organização do cuidado às condições crônicas nas redes de atenção à saúde, devido a sua elevada capacidade de resolução dos problemas de saúde (MENDES, 2012) e por ser o espaço onde se dá preferencialmente o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, responsável por conhecer a população sob sua responsabilidade e por fazer o gerenciamento da necessidade de saúde dessa população,

respondendo pelas ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, cuidado, reabilitação e palição, dentro de suas competências (HAM, 2010).

Dessa forma, ao buscar uma adequação do sistema de saúde à gestão das condições crônicas, surge a demanda de identificar se a APS está estruturada e qualificada para realizar a atenção a essas condições. O CCM apresenta um instrumento de avaliação, chamado Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) que se propõe a avaliar os pontos de atenção à saúde quanto à sua capacidade de manejo de condições crônicas (MACCOLL INSTITUTE, 2006). No Brasil, o instrumento proposto pelo Ministério da Saúde para a avaliação da qualidade da APS é o Programa da Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB ou PMAQ), instituído em 2011 e que atualmente está no seu terceiro ciclo de avaliação (BRASIL, 2013b). O PMAQ avalia a qualidade da estrutura e dos processos de trabalho da APS, incluindo os processos de atenção à saúde e gestão de condições de saúde.

O objetivo principal deste estudo é analisar a potencialidade do PMAQ-AB como instrumento de avaliação da atenção às condições crônicas na APS, tendo como base os critérios propostos pelo modelo internacional. A Revisão de Literatura deverá apresentar os temas relevantes para o estudo, logo após serão apresentados os Objetivos e a Metodologia do estudo, os Resultados encontrados com sua Discussão e as Conclusões alcançadas.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Carga Global de Doença, as Condições Crônicas e seu impacto sobre a saúde da população e sobre o Sistema de Saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis são hoje a maior causa de mortes no mundo. O Relatório “Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014” da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra que tem havido um aumento da mortalidade por doenças não transmissíveis em todo mundo e que a maior parte delas ocorre nos países em desenvolvimento. O mesmo relatório estima que 74% das mortes no Brasil são devidas a doenças não transmissíveis, sendo que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 34% destas, seguidas pelo câncer com 17% (OMS, 2014).

O primeiro estudo de Carga Global de Doença foi realizado na década de 1990, por uma iniciativa do Banco Mundial no documento “World Development Report 1993: Investing in Health” (IHME, 2015). Posteriormente a OMS assumiu a metodologia e desde então vem

periodicamente atualizando os resultados e incluindo análises mais completas. (OMS, 2015). O objetivo dos estudos de Carga Global de Doença é aproximar esforços buscando medir o impacto, em anos, da incapacidade e morte originadas a partir de uma multiplicidade de causas em todo o mundo (IHME, 2015).

A carga de doença de uma determinada população é dada por um indicador composto chamado Disability Adjusted Life Years (DALY), ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. O DALY é apresentado como uma medida que combina os indicadores de morbidade e mortalidade. Um DALY pode ser pensado como um ano de vida saudável perdido por causa de adoecimento ou morte, e é calculado pela soma de duas parcelas: o “Years of Life Lost” (YLL) ou anos de vida perdidos por morte prematura, que é o componente da mortalidade, e o “Years Lost due to Disability” (YLD) ou anos perdidos devido à incapacidade, o componente de morbidade. A soma dos DALYs de uma determinada população é a Carga Global de Doença. (OMS, 2015).

O DALY também pode ser calculado considerando uma doença específica ou grupo de doenças ou condição de saúde, de modo que é possível determinar o seu impacto específico na carga de doença global.

O resultado é distribuído em três grandes grupos (SCHRAMM et al, 2004 e 2011), a saber:

- Grupo I: doenças infecciosas/ parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais;
- Grupo II: doenças não transmissíveis e
- Grupo III: causas externas.

Cada um desses grupos pode ser subdividido em subgrupos de causas, que, por sua vez, podem ser desagregados em mais de uma centena de causas específicas (SCHRAMM et al, 2011). O quadro a seguir apresenta os grupos e subgrupos de doenças que são objeto dos estudos de Carga de Doença:

Quadro 1- Grupos e Subgrupos do Estudo de Carga de Doença

GRUPOS	SUBGRUPOS
GRUPO I	I.A. Infecciosas e parasitárias I.B. Infecções respiratórias I.C. Condições Maternas I.D. Condições do período perinatal I.E. Deficiências Nutricionais

GRUPO II	II.A. Câncer II.B. Neoplasias benignas II.C. Diabetes Melitus II.D. Doenças endócrinas e metabólicas II.E. Doenças neuro-psiquiátricas II.F. Desordens dos órgãos dos sentidos II.G. Doenças cardiovasculares II.H. Doenças respiratórias crônicas II.I. Doenças do aparelho digestivo II.J. Doenças gênito-urinárias II.K. Doenças de pele II.L. Doenças músculo-esqueléticas II.M. Anomalias congênitas II.N. Condições Orais
GRUPO III	III.A. Causas externas não-intencionais III.B. Causas externas intencionais

Fonte: GADELHA apud SCHRAMM et al, 2011

Um estudo nacional de carga de doença, seguindo a mesma metodologia prevista para o estudo mundial, foi conduzido no Brasil por pesquisadores da FIOCRUZ. Foram considerados os dados do ano de 1998. Os resultados do estudo foram publicados em 2002 e mostram que as doenças crônico-degenerativas (Grupo II) responderam por 66,3% da carga de doença no Brasil; as doenças infecciosas (Grupo I) responderam por 23,5%; e as causas externas (Grupo III) foram responsáveis por 10,2% (SCHRAMM et al, 2004).

Os principais resultados do estudo nacional de carga de doença realizado pela FIOCRUZ podem ser associados ao processo de transição epidemiológica ocorrido no Brasil. Essa transição epidemiológica apresenta similaridades ao que aconteceu nos países desenvolvidos, mas mostra-se diferente quanto ao seu desfecho (SCHRAMM et al, 2004).

Isto se dá porque nos países industrializados e em alguns países latino-americanos (como o Chile e Cuba) o processo de transição epidemiológica seguiu um modelo mais ou menos similar, no qual podem ser distinguidas algumas etapas principais, tais como: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (MURRAY e LOPEZ, 1996). Já no Brasil, o cenário da carga de doença mostra que está havendo uma transição mais prolongada, com a ocorrência concomitante de doenças transmissíveis e não transmissíveis impactando de forma elevada a morbimortalidade (SCHRAMM et al, 2004).

Além disso, ainda é elevada a mortalidade prematura. Segundo a OMS, a probabilidade de morrer entre as idades de 30 e 70 anos por uma das quatro doenças não transmissíveis mais prevalentes (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças crônicas respiratórias) é de 19% no Brasil (OMS, 2014).

Um estudo de Carga de Doença conduzido para o estado de Minas Gerais com a mesma metodologia do estudo nacional e considerando os dados do ano de 2006, revelou que as doenças crônicas foram responsáveis por cerca de 2/3 dos Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura (YLL), representadas principalmente pelas doenças cardiovasculares e o câncer, e por 87% dos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (YLD). Além disso, foi destacado o aumento das causas externas como fator de morbidade e mortalidade, chegando a ocupar 10% do peso na carga de doença do estado, sendo que, entre homens jovens, as condições do grande grupo de causas externas responderam por mais de 1/3 dos Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura (SCHRAMM et al, 2011).

Os dados acima permitem caracterizar a atual situação epidemiológica no Brasil como de tripla carga de doenças, “porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas” (MENDES, 2011).

2.1.1 O conceito de Condições Crônicas

Estudos como o de Carga de Doença são bastante úteis, pois seus resultados podem ser utilizados para propiciar a identificação de prioridades assistenciais e de políticas de saúde em decorrência do perfil epidemiológico da população (SCHRAMM et al, 2004; MURRAY e LOPEZ, 1996).

Em 2003 a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório no qual identifica que o conceito de doenças transmissíveis e não transmissíveis, embora seja relevante para os estudos epidemiológicos, tem pouca efetividade na orientação da organização dos sistemas de saúde, como respostas sociais às necessidades de uma população, ou seja, é insuficiente para garantir a melhor resposta do sistema de saúde à situação epidemiológica. (OMS, 2003)

De fato, sob a ótica da organização dos sistemas de saúde, a gestão da atenção à saúde para as doenças crônicas não transmissíveis apresenta grandes similaridades com algumas

doenças infecciosas e transmissíveis (HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, por exemplo); com a gestão da saúde por ciclos de vida; com o acompanhamento da gestação e puerpério; com o acompanhamento de várias condições bucais e também com condições incapacitantes estruturais, tais como: amputações, cegueiras, etc. (MENDES, 2011). Sendo assim, é proposto um novo conceito, o de condições crônicas, que considera fatores como: tempo de duração da condição, a forma de enfrentamento pelo sistema de saúde e a forma de organização do sistema de saúde para que haja a resposta adequada (OMS, 2003).

Uma vez que a demanda sobre os cidadãos e suas famílias, bem como sobre o sistema de saúde são similares e que as estratégias de enfrentamento também se assemelham, não importando a origem da condição de saúde (transmissível ou não, doença incapacitante, sequela de um evento externo ou o acompanhamento de um ciclo de vida, etc.), a referência às condições de saúde (condições crônicas e condições agudas) deve ser preferida quando se parte da perspectiva da organização do sistema de saúde para dar resposta à atual carga de doença (OMS, 2003; NOLTE e MCKEE, 2008).

Mendes (2011) apresentou um quadro comparativo onde destaca as principais características das condições crônicas e condições agudas:

Quadro 2 - A diferença entre Condições Agudas e Condições Crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
INÍCIO	Rápido	Gradual
CAUSA	Usualmente única	Usualmente múltiplas causas
DURAÇÃO	Curta	Longa ou permanente
DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO	Comumente acurados	Usualmente incertos
TESTES DIAGNÓSTICOS	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor mais restrito
RESULTADO	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
PAPEL DOS PROFISSIONAIS	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
NATUREZA DAS INTERVENÇÕES	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
CONHECIMENTO E AÇÃO CLÍNICA	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pela equipe multiprofissional e pelas pessoas usuárias

PAPEL DA PESSOA USUÁRIA	Seguir as prescrições	Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	Reativo, episódico e fragmentado	Proativo, contínuo e integrado

Fonte: Mendes, 2011

Quando se considera a tipologia de condição de saúde (crônica ou aguda), a compreensão dos resultados dos estudos de carga de doença também sofre modificações, pois certas condições de saúde que pertencem ao Grupo I nos estudos de carga de doença possuem as características, como vimos, de condições crônicas. Sendo assim, se as doenças não transmissíveis são responsáveis por 66% da carga de doença no Brasil, quando falamos de condições crônicas esse percentual sobe para mais de 75% (MENDES, 2012).

Nesse contexto a OMS classifica as condições crônicas como “o desafio do setor de saúde neste século”, sendo o maior problema de saúde em países desenvolvidos e futuramente nos países em desenvolvimento, “responsáveis por sérias consequências econômicas e sociais” em todo o mundo (OMS, 2003).

O impacto das condições crônicas na carga de doença tende a aumentar em todo o mundo. As projeções indicam que em 2020 cerca de 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento será pelas condições crônicas (OMS, 2003). Essa tendência de aumento se agrava pela mudança do perfil demográfico da população, com um rápido envelhecimento e mudanças de hábitos de vida (NOLTE e MCKEE, 2008; HAM, 2009).

As populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de pessoas vive por vários anos com uma ou mais condições crônicas. Como exemplo, em 2011 o número de pessoas com mais de 60 anos no estado de Minas Gerais era de 2,6 milhões, representando 11,8% da população. Um aumento importante comparado a 2009 quando os idosos eram 9% da população total do estado, sendo que as projeções estimam que serão 15% em 2025, ou seja, mais de 4 milhões de pessoas. Além disso, uma Pesquisa de Amostra Domiciliar para Minas Gerais revelou que, de cada quatro idosos, três declararam ter pelo menos uma doença crônica (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2011).

Outros fatores, tais como: a urbanização; a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como por exemplo o sedentarismo e a má alimentação; a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro e as desigualdades socioeconômicas contribuem também de maneira importante para a exacerbação desses agravos (MENDES, 2011; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; WAGNER et al, 2001, BUSSE, et al, 2010).

Apesar do quadro exposto acima, demonstrando o impacto das condições crônicas sobre a carga de doença, os sistemas de saúde da atualidade ainda não estão preparados para responder adequadamente a esse cenário. Isto se dá porque historicamente os serviços de saúde se organizaram com foco na resposta aos problemas agudos, ou seja, estão preparados para dar respostas imediatas a problemas episódicos e localizados (BUSSE, et al, 2010; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; WAGNER et al, 2001).

O cuidado centrado na figura do médico, a busca do diagnóstico rápido, o foco na queixa (no problema) e sua atenuação ou cura e a intensificação da busca tecnológica são algumas características dos atuais sistemas de saúde que, apesar de responderem de maneira adequada a problemas agudos, falham na abordagem das condições crônicas – exceto em momentos de agravamento e agudização das mesmas (NOLTE e MCKEE, 2008). Dessa forma as condições crônicas, ao serem manejadas pelos sistemas de saúde da atualidade em geral o são de forma incompleta ou ineficiente a menos que estejam em situação de agravamento ou de agudização (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O objetivo principal no cuidado a usuários com condições crônicas estabelecidas não deve ser a cura, simplesmente, uma vez que muitas condições crônicas tendem a permanecer com a pessoa durante toda a vida. O cuidado, de forma contínua, proativa e integrada (WAGNER et al, 2001) é a principal ação e os objetivos devem ser: melhorar o estado funcional global, evitar o agravamento e a agudização, envolver o usuário na tomada de decisões e no estabelecimento de metas sobre sua própria saúde e melhorar a qualidade de vida (NOLTE e MCKEE, 2008).

Outra ação própria de um sistema de saúde que se preocupa com a atenção às condições crônicas é o foco na promoção à saúde e na prevenção de agravos, visando evitar o adoecimento da população e minimizar o agravamento daqueles que já possuem alguma patologia ou condição de saúde já estabelecida. Esses objetivos serão dificilmente atingidos em um sistema de saúde voltado para uma situação epidemiológica de carga de doença do século passado, onde as doenças transmissíveis ainda predominavam (MACINKO, DOURADO e GUANAIS, 2011; WAGNER et al, 2001).

Essa prática de cuidado fragmentada, embora seja percebida no dia a dia dos pontos de atenção à saúde, na prática dos profissionais e mesmo na cultura da população em geral, não se caracteriza como um problema particular de indivíduos ou de serviços de saúde, mas como um desafio abrangente que envolve todos os atores em um determinado sistema de saúde. Fazer mais do mesmo, ou trabalhar com mais intensidade e vontade dentro da mesma lógica não irá produzir novos e melhores resultados; a mudança deve atingir o sistema de saúde, mudando sua

lógica de organização e superando o abismo de qualidade que há entre a necessidade de saúde estabelecida e o modelo assistencial vigente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; WAGNER et al, 2001).

Por essa razão a Organização Mundial de Saúde apresenta dificuldades e oportunidades de evolução do sistema de saúde para melhorar a atenção às condições crônicas em três níveis: micro, meso e macro, correspondentes à relação com os pacientes, às organizações de saúde e aos tomadores de decisão conforme a figura em seguida (OMS, 2003).

Figura 1 - Organização do Sistema de Saúde em níveis



Fonte: OMS, 2003

Nível Micro – Interação com o paciente: a mudança deve garantir uma maior autonomia dos cidadãos usuários dos serviços, estimulando maior participação dos mesmos na melhoria da própria saúde. Além disso, deve-se melhorar a interação dos usuários com a equipe de saúde, estabelecendo um vínculo de confiança e parceria e envolvendo-o nas decisões sobre a própria saúde.

Nível meso – O objetivo é reestruturar as organizações de saúde com foco no atendimento às condições crônicas. Isso se faz garantindo capacitação dos profissionais de saúde, orientando o foco para a prevenção, gerenciando o cuidado por evidências clínicas estabelecidas, pela melhoria dos sistemas de informação e também pela interação adequada com a comunidade, conhecendo suas potencialidades e seus recursos, bem como suas fragilidades.

Nível macro – Visa estabelecer um marco legislativo e político que reconheça a situação de saúde e estabeleça a prioridade de organização do sistema de saúde para a atenção às

condições crônicas; investir recursos de forma inteligente e planejada, identificando as estratégias que realmente geram melhores resultados e não atendem apenas a demanda da urgência do momento; garantir um financiamento que seja compatível com o novo modelo, de forma integrada, com incentivos voltados à obtenção de resultados para a população; garantir educação continuada para profissionais de saúde; estabelecer uma cultura de monitoramento e garantir a integração dos diversos pontos de atenção do sistema de saúde e com outros setores públicos.

Há um consenso em estabelecer que, face aos novos desafios, soluções pontuais ou paliativas não surtirão o efeito desejado. São necessárias soluções abrangentes e sistêmicas, que envolvam usuários e suas famílias e comunidades, os profissionais e prestadores de saúde e os coordenadores, formuladores de políticas e os gestores de serviços e sistemas de saúde. É necessária uma estruturação dos sistemas de saúde, introduzindo o modelo de atenção às condições crônicas e implantando as Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011; WAGNER, 1998; BRASIL, 2010).

2.2 As Redes de Atenção à Saúde

A resposta adequada às necessidades, demandas e preferências de saúde da população só acontecerá por meio de um sistema de saúde integrado, que seja capaz de prover o cuidado necessário para contemplar todo o ciclo de atenção à saúde, com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e gerenciamento de doenças, gerando real valor para os usuários (PORTER e TEISBERG, 2007). Isso se faz por meio da articulação de serviços de saúde em nível regional, considerando critérios de escala, escopo, acesso e qualidade e acima de tudo, programados a partir das necessidades de saúde da população que geralmente se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; MENDES, 2011 e 2012).

Diante da necessidade percebida de nova configuração estrutural dos sistemas de saúde para responder à atual situação de prevalência das condições crônicas o Ministério da Saúde publicou em 2010 a Portaria nº4279, que “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são ali definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Possuem o objetivo de integrar ações e serviços de saúde, para que atuem de forma contínua e

integral, com qualidade e se responsabilizando pelos resultados de saúde de uma população (BRASIL, 2010).

As RAS devem possuir três elementos constitutivos principais: a população, a estrutura operacional (os componentes da rede) e o modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A população de uma determinada rede de atenção à saúde se constitui por todas as pessoas sob a responsabilidade da rede. As RAS devem se organizar em territórios sanitários bem delimitados, nos quais haja a oferta de serviços em quantidade e qualidade suficientes para garantir o acesso e a resolutividade para a população. Essa população deve ser conhecida e cadastrada na atenção primária à saúde, que se responsabiliza também por identificar as subpopulações de risco e por coordenar o cuidado.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema de estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e preferências (BRASIL, 2010).

A estrutura operacional é considerada o segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde. Possui cinco componentes: atenção primária à saúde, seu centro de comunicação; pontos de atenção secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistema de governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A atenção primária à Saúde (APS) possui fundamental importância na estruturação das RAS. Ela se constitui em porta de entrada preferencial e o centro de comunicação das RAS, responsável por conhecer a população e identificar os principais riscos à saúde, atuando de forma integrada com os demais pontos de atenção à saúde e serviços, exercendo o papel de coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Para realizar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, cabe à APS a responsabilidade de articular-se com a população, visando estabelecer um processo de conhecimento e relacionamento, íntimo e contínuo e com os demais pontos da rede, visando garantir o cuidado integral aos cidadãos sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários se distribuem espacialmente de acordo com o processo de territorialização. Neste sentido, os pontos de atenção secundária, em geral, se localizam nas regiões de saúde e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões (ou regiões ampliadas) de saúde. São considerados os nós das redes, onde se ofertam serviços

especializados, e se diferenciam um de outro devido à densidade tecnológica, sendo que os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Geralmente são constituídos por unidades ambulatoriais e hospitalares.

Os sistemas de apoio referem-se aos lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação (MENDES, 2011).

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde (MENDES, 2011; 2012). Pode-se citar a importância dos prontuários clínicos, que além de sua função comunicacional, devem ser utilizados como ferramentas gerenciais e de educação dos profissionais e das pessoas usuárias (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A governança das redes de atenção à saúde é o elemento que permite a gestão de todos os componentes da RAS, objetivando estabelecer a cooperação entre os atores sociais envolvidos, aumentar a interdependência entre eles e adquirir resultados sanitários e econômicos para a população de referência da rede (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde é o terceiro elemento constitutivo de uma RAS. Caracteriza-se por um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando de forma singular as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias. Ele é definido em função da visão dominante de saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde deve ser específico para as condições de saúde às quais visa responder. Sendo assim, considerando a proposta da OMS de gestão da condição de saúde (OMS, 2003), em uma determinada rede de atenção à saúde pode prevalecer um modelo de atenção que tenha foco nas condições crônicas, ou que busque responder às condições agudas. Uma vez que no Brasil a carga de doença mostra uma coexistência de condições crônicas e agudas e que as urgências e emergências apresentam um peso importante, principalmente no componente mortalidade da carga de doença é importante que o sistema de saúde brasileiro possa adotar um modelo para condições crônicas e um modelo para condições agudas (BRASIL, 2010 e 2013a; MENDES, 2012).

2.2.1 O papel da APS nas RAS e na atenção às condições crônicas

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004) define:

(...) a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável”.

Para Starfield (2002), a atenção primária é o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece entrada para todas as novas necessidades e problemas, dirige sua atenção sobre a pessoa (não para a enfermidade) no decorrer do tempo e fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras. Além disso, coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Essas definições caracterizam os três principais papéis da APS em uma rede de atenção à saúde: ser o primeiro nível de atenção, ser porta de entrada da rede e coordenar o cuidado (BRASIL, 2010). Para realizar esses papéis a APS precisa estruturar-se de modo a cumprir três funções principais: ser o centro coordenador do cuidado, ser resolutiva e responsabilizar-se, de forma inequívoca pela população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Coordenar o cuidado: acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, de maneira responsável, em quaisquer pontos de atenção das RAS, bem como elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares.

Ser resolutiva: resolver efetivamente os problemas de saúde demandados, identificando os riscos e necessidades, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado integral, fortalecendo a autonomia individual e social.

Responsabilizar-se: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Além disso, a APS deve ordenar-se segundo alguns atributos principais (STARFIELD, 2002):

I - Primeiro Contato: acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; deve ser a porta de entrada, o ponto fácil de acesso pelos usuários aos sistemas de serviços de saúde. O usuário deverá ser vinculado a uma equipe de saúde que se responsabilize por ele.

II - Longitudinalidade: é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários nas unidades de saúde, considerando os diversos ciclos de vida, independente dos problemas de saúde ou até mesmo da inexistência deles. Na concretização deste princípio a atenção à saúde é mais oportuna e adequada e os maiores benefícios estarão relacionados ao estabelecimento de vínculo de usuários e equipes de saúde.

III – Integralidade: a Atenção Primária deve reconhecer as necessidades da população e prestar diretamente todos os serviços frente às demandas mais comuns, além de ser um agente para o acesso à prestação de serviços em outros pontos de atenção.

IV– Coordenação: a essência deste princípio é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Sendo assim, a qualidade do preenchimento das informações pelos serviços de saúde e a adoção de mecanismos eficientes e seguros de compartilhamento de informações clínicas e gerenciais contribuem para este atributo.

V – Centralização na família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. A equipe de saúde deve utilizar-se, para isso, de ferramentas específicas de abordagem familiar.

VI – Orientação Comunitária: este princípio trabalha com o ajustamento de programas para que atendam as necessidades específicas de saúde da população diante da identificação de problemas da comunidade a partir do perfil epidemiológico, hábitos culturais, entre outros; também se relaciona com o poder de tomada de decisão pela comunidade em todos os níveis de atenção.

VII – Competência cultural: convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

A APS deve assumir o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora do fluxo de atenção nas RAS especificamente para a atenção às condições crônicas, uma vez que são essas condições que se beneficiam de um cuidado continuado, multiprofissional, com empoderamento do usuário e na promoção da saúde e prevenção de agravos (NOLTE e MCKEE, 2008; HAM, 2009; MENDES, 2012). Ao se responsabilizar pela resolução da maior

parte dos problemas de saúde da população sob seu encargo a APS também assume papel fundamental como ponto de resolução e condução do cuidado das condições crônicas (BUSSE et al, 2010; WAGNER et al, 2001).

Há evidências de que uma APS bem estruturada contribui de forma efetiva para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis (DNTs) através da prevenção primária dos fatores de risco (ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, como por exemplo, o apoio à adoção de hábitos saudáveis e a vigilância de fatores de risco), da prevenção secundária de complicações decorrentes de fatores de riscos existentes e da prevenção terciária (reabilitação e prevenção de futuras complicações resultantes, por exemplo, de uma doença crônica não controlada) (MACINKO, DOURADO e GUANAIS, 2011).

Dessa forma a APS possui papel fundamental no manejo de condições crônicas, sendo inviável a estruturação de um modelo de cuidados aos doentes crônicos sem que a APS ocupe sua posição central (WAGNER, 2001).

2.3 Os Modelos de Atenção às Condições Crônicas

Os modelos de atenção às condições crônicas devem orientar a organização dos sistemas de saúde para que respondam às especificidades dessas condições (BRASIL, 2013a). Sendo assim, no desenvolvimento dos modelos de atenção às condições crônicas devem ser consideradas as características que permitem categorizar um determinado problema de saúde como condição crônica (MENDES, 2011).

A primeira proposta de modelo teórico estruturado descrevendo os elementos necessários a um sistema de saúde que deseja prover cuidado de elevada qualidade para os usuários com condições crônicas é o “Chronic Care Model” (CCM) ou Modelo de Cuidados Crônicos (HAM, 2010; CRAMM et al, 2011; DAVY et al, 2015; MIRA et al, 2015).

A partir daí se desenvolveram outros modelos, de abrangência mais regional ou nacional, que sofreram influência do CCM e foram construídos visando responder às realidades específicas de cada local.

Nas páginas seguintes será apresentado o CCM e seus componentes, bem como seu impacto nas experiências de alguns países no desenho de políticas de atenção às condições crônicas derivadas ou inspiradas no CCM.

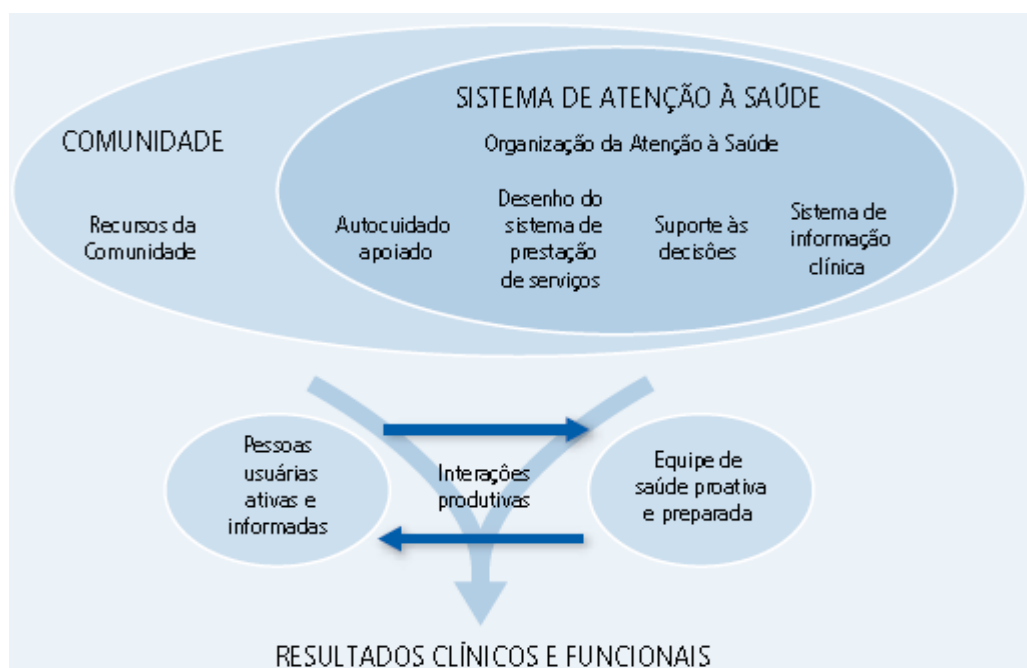
2.3.1 O Chronic Care Model – CCM

O CCM foi desenvolvido em meados da década de 1990 pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O modelo inicial foi aperfeiçoado no ano de 1997, em um projeto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e publicado em 1998 em sua versão atual. Posteriormente, foi testado nacionalmente por meio de um programa denominado Improving Chronic Illness Care. Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências da implantação prática do CCM em várias situações. Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso. Esses temas foram incorporados aos elementos existentes no modelo. (WAGNER, 1998; MACCOL INSTITUTE, 2006).

2.3.1.1 A descrição do CCM

O trabalho original de apresentação do CCM é representado na próxima figura:

Figura 2 - O Chronic Care Model (CCM)



Fonte: Extraída de MENDES, 2012.

O CCM é composto de seis elementos que se relacionam entre si: organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistema de informação clínica, autocuidado apoiado e recursos da comunidade. Esses elementos se subdividem em dois campos: sistema de atenção à saúde e comunidade. Cada elemento apresenta mudanças a serem feitas nas organizações de saúde para que seja atingida a excelência no manejo de condições crônicas (HAM, 2009).

O resultado esperado da aplicação dessas mudanças se dá no desenvolvimento de pessoas usuárias ativas e informadas e equipes de saúde proativas e preparadas, que devem interagir entre si de forma produtiva, gerando melhores resultados clínicos e funcionais para a população (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

Apresenta-se a seguir análise mais detalhada de cada elemento do CCM, retirada do site do programa Improving Chronic Illness Care (MACCOLL INSTITUTE, 2006), que julgamos ser importante para melhor compreensão do modelo, o que dará base para a avaliação do Instrumento Avaliativo do PMAQ-AB:

A organização da atenção à saúde

Em um nível mais sistêmico dos sistemas de saúde, as orientações referentes à organização da atenção à saúde, objetivam a criação de uma cultura organizacional que influencie na criação de mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade.

As iniciativas para organização da atenção à saúde devem: apoiar visivelmente a melhorias em todos os níveis da organização, iniciando com as lideranças; promover estratégias de melhoria eficazes que visem a mudanças amplas no sistema de saúde; fortalecer aberta e sistematicamente o manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde; garantir a provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção à saúde e o desenvolvimento de acordos que facilitem a coordenação da atenção à saúde, dentro e através das organizações (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

Um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às condições crônicas deve estar preparado para mudanças na organização e para poder implementá-las por processos de gestão de mudanças (MENDES, 2012). As lideranças devem identificar as melhorias na atenção à saúde como um trabalho importante e traduzir essa percepção em políticas e metas dirigidas à aplicação de estratégias efetivas, envolvendo o uso de incentivos que reforcem as mudanças sistêmicas. Devem ser criados sistemas de identificação, prevenção e correção de

erros e também acordos que facilitem a comunicação e a troca de informações entre prestadores, que previnam a quebra do fluxo de coordenação do cuidado.

O desenho do sistema de prestação de serviços

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo e fragmentado em outro sistema, que seja proativo e integrado focado em manter as pessoas saudáveis. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde seja necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham a atenção necessária, interagindo de forma estruturada e planejada com os serviços de saúde.

Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar um serviço de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária (MENDES, 2012) e a sensibilidade cultural são dois conceitos centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

Ações para aprimorar esse elemento podem incluir: a clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional de saúde; o uso de interações entre a equipe e usuários planejadas com o objetivo de dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência; a provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas; a garantia de acompanhamento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde e a provisão uma atenção à saúde que seja adequada às necessidades e à capacidade de compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

O suporte às decisões

As mudanças relativas ao suporte às decisões objetivam promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias.

Isso se faz por meio da incorporação de diretrizes clínicas baseadas em evidência na prática cotidiana das equipes de saúde; pelo compartilhamento das diretrizes clínicas baseadas em evidência e das informações clínicas com as pessoas usuárias para fortalecer sua participação na atenção à saúde; com o uso de ferramentas de educação permanente e de

educação em saúde de comprovada efetividade e a integração da APS com a atenção especializada (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes necessitam ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação permanente tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, de alertas e de feedbacks ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas como suporte às equipes de APS, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades, é fundamental.

O sistema de informação clínica

As melhorias no elemento do sistema de informação clínica objetivam organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Algumas ações podem ser propostas para aprimoramento desse elemento, tais como: a utilização rotineira de prontuários clínicos informatizados; a provisão de alertas, de lembretes e de feedbacks oportunos para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; a identificação de subpopulações relevantes, em função de riscos, para uma atenção à saúde proativa e integrada; elaboração de um plano de cuidado individual para cada pessoa usuária; o compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à saúde e o monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

A atenção efetiva às condições crônicas é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias com tecnologias que permitam o acesso às informações dos usuários e apoiem a tomada da decisão clínica. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O autocuidado apoiado

As mudanças no quinto elemento, o autocuidado apoiado, objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada.

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de auto-responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão compartilhada e colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Ações para fortalecimento do autocuidado apoiado devem: garantir a ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde; o uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento e a organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

Os recursos da comunidade

O objetivo das mudanças no sexto elemento, os recursos da comunidade, é possibilitar sua identificação e sua mobilização para que atendam às necessidades das pessoas usuárias.

Isso se faz por meio do envolvimento das pessoas usuárias para participarem em programas comunitários efetivos; de parcerias entre as organizações de saúde e as organizações comunitárias para dar apoio e desenvolver programas que ajudem a atender às necessidades das pessoas usuárias e da advocacia de políticas que melhorem a atenção à saúde (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

Ao ampliarem seu olhar aos Recursos da Comunidade, as organizações de saúde irão fortalecer a atenção à saúde e evitar a multiplicação de esforços. Os programas comunitários existentes devem servir de apoio ou como forma de expandir a atenção à saúde. Os conselhos

locais de saúde devem ser apoiados a exercitar, democraticamente, o controle social e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

A implantação dos seis elementos do modelo geram, segundo o CCM, **peessoas usuárias ativas e informadas** interagindo com **equipes de saúde proativas e preparadas**.

Pessoas usuárias ativas e informadas significa que elas dispõem de motivação, informação, habilidades e confiança para efetivamente tomar decisões sobre sua saúde e para gerenciar sua condição crônica.

Equipe de saúde proativa e preparada é aquela que atua proativamente na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover uma atenção de alta qualidade.

As interações entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipe de saúde proativa e preparada produz, ao final, melhores resultados clínicos e funcionais (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

2.3.2 As principais adaptações do CCM

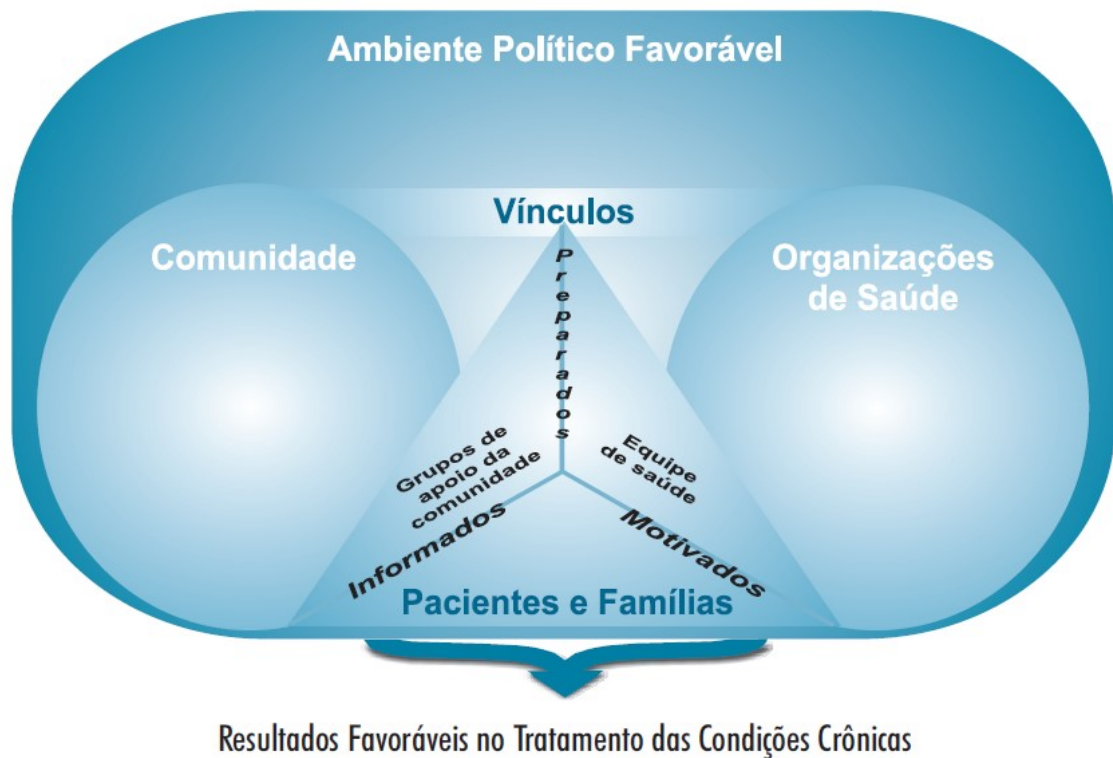
O Modelo da OMS – CICC

Em 2003 a Organização Mundial da Saúde propôs o modelo “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas – CICC” e o apresenta como uma expansão do CCM, considerando uma visão mais abrangente de sistema de saúde, que leva em consideração o ambiente político, as comunidades, os serviços de saúde, as famílias e os pacientes (OMS, 2003).

O modelo CICC foi construído com base em um conjunto de princípios fundamentais, que devem orientar as ações nos diferentes níveis – macro, meso e micro. São eles: tomada de decisão com base em evidências científicas, enfoque na população, enfoque na prevenção, enfoque na qualidade, integração e flexibilidade / adaptabilidade.

Uma imagem do modelo CICC é apresentada a seguir:

Figura 3 – O modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC)



Fonte: OMS, 2003

No centro da figura se encontra uma tríade formada pelos **Pacientes e Famílias**, os **Grupos de apoio das comunidades** e as **Equipes de Saúde** (nível micro). Apenas a relação entre esses três elementos, de forma harmônica e ordenada, pode gerar **Resultados Favoráveis no Tratamento das Condições Crônicas** (OMS, 2003).

Para que isso ocorra e o sistema de saúde consiga promover pacientes e famílias que sejam informados, preparados e motivados é fundamental o apoio e sustentação da Comunidade e das Organizações de Saúde (nível meso) que, por sua vez, deverão exercer influência necessária para a criação e manutenção de um ambiente político favorável para que os planejadores e tomadores de decisão possam construir políticas e planos formulados adequadamente, que causem um impacto significativo sobre a saúde da população.

“Quando os componentes de cada nível do sistema de saúde estão integrados e atuam harmonicamente, o paciente e sua família tornam-se participantes ativos no tratamento e contam com o apoio da comunidade e da equipe de saúde. Em geral, o funcionamento adequado da tríade resulta de uma comunicação oportuna entre a organização de saúde e a comunidade acerca de questões específicas do paciente e do tratamento. O funcionamento otimizado da tríade ocorre quando os pacientes e suas famílias constatarem a ausência de lacunas, inconsistências ou redundâncias no

tratamento e se declaram confiantes, capazes e apoiados para gerenciar seus problemas crônicos.” (OMS, 2003)

O Expanded Chronic Care Model (ECCM) – Distrito de British Columbia, Canadá

A principal adaptação do CCM no Canadá vem do distrito de British Columbia que, em 2002, propôs um modelo expandido. (BARR, 2003)

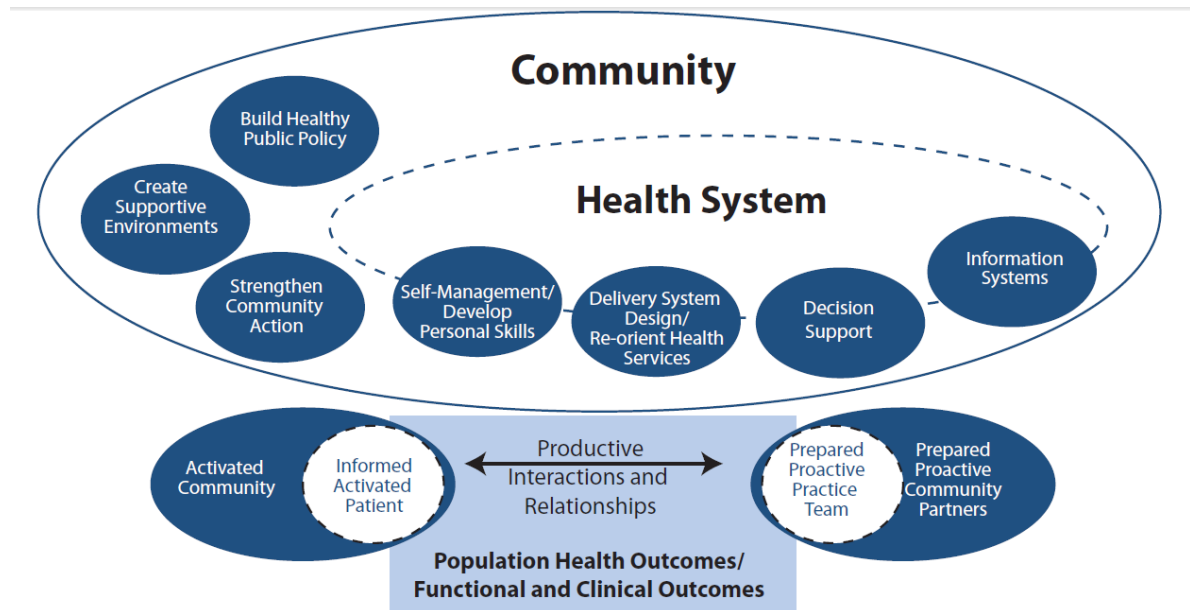
A razão de existir desse modelo se dá pelo fato de que, ao analisar o CCM e identificar a sua importante contribuição para a atenção às condições crônicas nos serviços de saúde, os pesquisadores identificaram que havia a necessidade de uma expansão no mesmo, visto que não abordava de maneira apropriada um aspecto fundamental da gestão das condições crônicas, principalmente quando se considera uma perspectiva populacional e não apenas o cuidado a indivíduos com doenças crônicas: a promoção da saúde.

Dessa forma o objetivo principal do ECCM é contribuir com a inclusão dos princípios da promoção à saúde e da abordagem dos determinantes de saúde, quando se considera uma abordagem de saúde populacional.

O objetivo da promoção da saúde deve ser o de facilitar o empoderamento individual e comunitário para que todas as pessoas, quer estejam sadias ou com alguma condição de saúde, fiquem aptas a alcançar um maior senso de controle sobre os diversos fatores que afetam sua saúde.

Uma imagem do ECCM pode ser vista a seguir:

Figura 4 - O Expanded Chronic Care Model (ECCM)



Fonte: Barr, 2003

A aplicação do ECCM visa reduzir o peso das condições crônicas na carga de doenças não apenas pelo manejo adequado das pessoas que já estão adoecidas, mas por meio de esforços que permitam que as pessoas permaneçam saudáveis. Essa estratégia requer esforços para a abordagem dos determinantes de saúde na comunidade, mas também exige uma melhoria do sistema de prestação dos serviços de saúde (BARR, 2003).

Como parte da implementação do modelo várias iniciativas foram tomadas, tais como: a publicação de relatórios regulares a respeito de prevalência e incidência de doenças, taxas de sobrevida, custos para o sistema e gaps de desempenho, usando informações de sistemas de registros implantados para a gestão de condições crônicas. Um website foi criado para dar aos pacientes e profissionais acesso a informação e ferramentas de apoio para o manejo de doenças crônicas.

Outra iniciativa é a estratégia chamada “ActNowBC”, na qual o governo do departamento desenvolve ações para redução da prevalência de fatores de risco para doenças crônicas. Além disso, podem ser citados: um programa de incentivos financeiros atrelados a resultados específicos, o programa de incentivo à saúde familiar que financia o manejo baseado em evidências de hipertensão e diabetes, entre outras; atividades de apoio aos profissionais de saúde e educação permanente, com o objetivo de desenvolver habilidades, como o apoio ao autocuidado; treinamento e apoio aos pacientes para o autocuidado e o uso de ferramentas de internet e registros clínicos informatizados. (NOLTE, KNAI E MCKEE, 2008)

A implantação do ECCM teve o apoio do Ministério da Saúde do Canadá e alguns resultados foram considerados de grande relevância, tais como: a pactuação com prestadores de serviço e profissionais para a melhoria na atenção à saúde de pacientes com diabetes e insuficiência cardíaca congestiva; a redução na mortalidade e nas internações por essas condições; o grande investimento na qualificação dos profissionais de saúde em tecnologias de suporte ao autocuidado; o elevado índice de satisfação dos profissionais de saúde da APS; a implantação de prontuário eletrônico em mais de 85% dos serviços de saúde no ano de 2006 e o destaque nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (CANADÁ, 2007):

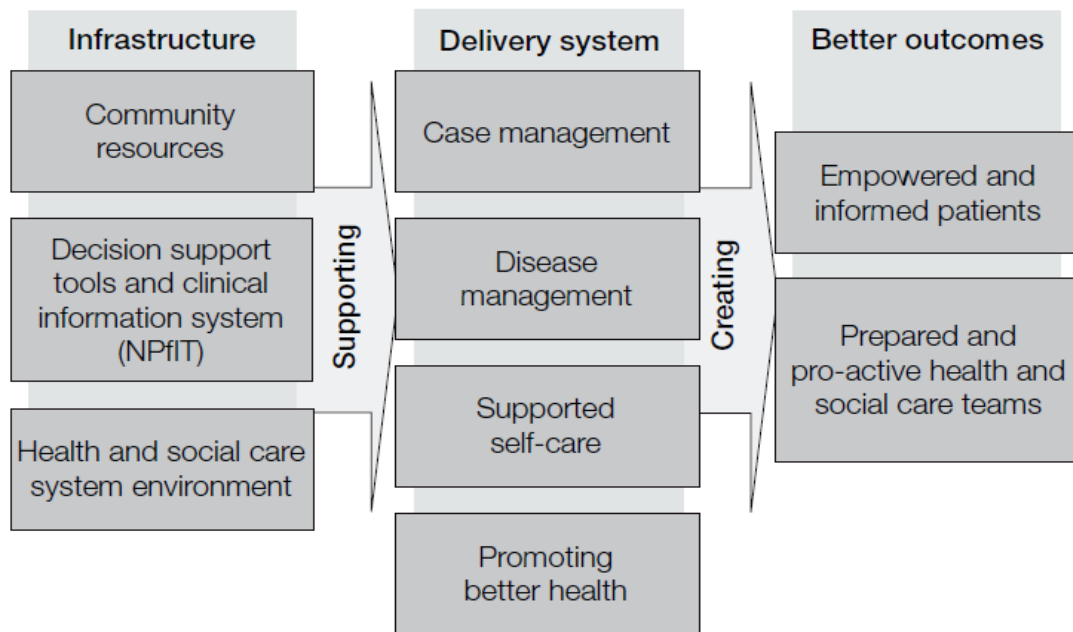
A Reforma do Sistema de Saúde da Inglaterra: maior foco em estratégias para prevenção, autocuidado e tratamento de condições crônicas.

O sistema nacional de saúde inglês (NHS- National Health Service) é um sistema universal, integral, de financiamento público e gratuito. Foi estabelecido em 1948 e desde então tem evoluído por constantes adaptações e reformas (HAM, 2009). O sistema possui clara orientação para a atenção primária à saúde, sendo que aproximadamente 80% de todo o orçamento é transferido para os serviços de atenção primária à saúde que, por sua vez são responsáveis pela compra de serviços de todos os prestadores de saúde, dentro de um quadro detalhado, abrangendo normas e metas estabelecidas pelo Departamento Nacional de Saúde e monitorado em seu nome pelas autoridades de saúde locais. (NOLTE, KNAI E MCKEE, 2008).

Em 2004 foi lançado o Plano de Fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde, que trouxe importantes contribuições incluindo um forte destaque para a prevenção de doenças, medidas para o fortalecimento da APS e iniciativas de apoio às pessoas com condições crônicas, para autocuidado. O plano sinalizou o compromisso do governo em priorizar o cuidado de crônicos como uma política bem estabelecida (HAM, 2009)

A política lançada em 2004 identificou a necessidade de ação em três níveis principais: intervenções de autocuidado, para pessoas capazes de gerenciar suas próprias condições; gestão de doenças pela APS, para pessoas com condições que podem ser controladas por meio de um contato regular com o médico de família, enfermeiro ou outro membro da equipe de saúde; e gestão de caso para pacientes com necessidades mais complexas, que necessitam de apoio mais próximo. Um modelo gráfico foi desenhado e publicado em 2005 (Figura 5) visando descrever os vários elementos da política. (NHS, 2005)

Figura 5 - The English National Health Service and Social Care Long Term Conditions Model



Fonte: Ham , 2009

O modelo inglês possui clara influência do CCM (HAM, 2009; NOLTE, KNAI E MCKEE, 2008). A inclusão do cuidado social teve o objetivo de mostrar que pessoas com condições crônicas (às vezes é usado o termo: pessoas com condições de longa duração) necessitam de uma gama de serviços de apoio que ultrapassa os limites do sistema nacional de saúde. (NHS, 2005; HAM, 2009).

Ham (2009) esclarece, ao fazer uma avaliação de quatro anos de implantação da política, que os resultados permitem identificar pontos positivos e negativos. Do lado positivo estão o estabelecimento de posição da política de apoio ao autocuidado, ainda que na prática com baixa cobertura populacional; a clareza de metas para a gestão das condições crônicas pela APS, que levou a melhorias na prática do cuidado, com o uso de ferramentas como a contratualização com os médicos de família e o pagamento por performance, o que ajudou a reduzir sensivelmente as disparidades na prestação de serviços de saúde – em média 5% dos profissionais médicos passam por ações de auditoria clínica todo ano (NOLTE, KNAI E MCKEE, 2008) – ; a gestão de caso ofereceu um serviço que é bem valorizado por pacientes e cuidadores; e o desenvolvimento de ferramentas de estratificação de risco que facilitaram a identificação de pacientes com alto risco, com o surgimento em algumas localidades de ações inovadoras como o cuidado à distância.

Do lado negativo o autor cita o relativo baixo investimento para a atenção às condições crônicas, se comparado, por exemplo, ao investimento visando reduzir as filas hospitalares. Entretanto ele cita como fator positivo e também como risco a ser considerado pela gestão nacional, o elevado aumento de gastos gerado pelos contratos com os médicos de família. A prevenção, apesar de valorizada na política, não foi tratada com a mesma prioridade que outros objetivos governamentais e serão necessários muito mais esforços para melhor integrar a APS e a atenção secundária (HAM, 2009) Em geral, a avaliação é que as mudanças propostas não foram tão rápidas ou abrangentes quanto previa o modelo.

A influência do CCM em políticas de saúde na Espanha

O sistema nacional de saúde da Espanha é financiado com recursos públicos e organizado em regiões de saúde. A cobertura é universal e a provisão de serviços é gratuita para todos os habitantes, à exceção dos medicamentos, cuja provisão requer em geral, o pagamento de 40% do valor. No nível regional as 17 comunidades autônomas tem o poder de estabelecer suas políticas de saúde e organizar os próprios serviços, cabendo ao Ministério da Saúde um papel limitado. A coesão no sistema nacional de saúde é garantida pelo Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (Do espanhol: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud - CISNS), composto pelos ministros de saúde das regiões e presidido pelo ministro nacional. Cabe ao CISNS facilitar a coordenação, cooperação e troca de informação entre os serviços de saúde das comunidades autônomas e com o nível nacional (GARCÍA-GOÑI et al 2012).

Ainda que haja grandes evoluções teóricas no desenho de políticas de saúde de diversas regiões, como no País Basco onde um ousado programa de saúde com foco nos cuidados crônicos foi proposto como política (PAIS BASCO, 2009) e Andaluzia, Valencia e Catalunha que lançaram suas estratégias em 2012, o país não possui um modelo único de atenção à saúde.

Em 2011, como resultado da Conferência Nacional para Atenção ao Paciente com Doenças Crônicas, foi lançado um documento de consenso, chamado Declaração de Sevilla, no qual foi indicada a necessidade de se construir uma estratégia de todo o sistema nacional de saúde espanhol para lidar com a cronicidade. O documento cita o CCM como modelo e fala que a transição do modelo do cuidado visando o enfrentamento das doenças crônicas necessita da criação de novas parcerias entre pacientes, profissionais, gerentes e gestores políticos e que as 17 regiões não podem mais agir de forma isolada. (SEVILLA, 2011)

Um modelo de avaliação de sistema de saúde com foco nos cuidados crônicos chamado Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad (IEMAC) foi desenvolvido com base no CCM e implantado em organizações de saúde da Espanha, com o objetivo de implementar os conceitos do CCM no sistema nacional espanhol. (NUÑO-SOLINÍS et al, 2013; MIRA et al, 2015)

Um Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (MACC)

No Brasil o CCM foi adaptado por Mendes, que desenvolveu e propôs um Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (MACC). O modelo baseou-se também no Modelo da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente - uma operadora privada de planos de saúde nos Estados Unidos - e no Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead. (MENDES 2011 e 2012)

O MACC tem sido proposto em ações específicas do CONASS e da OPAS no Brasil, como modelo de reorganização do sistema de saúde com foco na atenção às condições crônicas (CONASS, 2009; MOYSES et al, 2012).

O modelo da pirâmide de risco, criado pela Kaiser Permanente, apresenta três níveis de intervenções de acordo com a complexidade da condição crônica. A identificação das pessoas usuárias, segundo as diferentes complexidades, permite orientar as intervenções em relação aos grupos de riscos e utilizar mais racionalmente os recursos humanos, concentrando-os nos grupos de maiores riscos. O modelo demonstra que não é adequado prestar atenção de maneira igual a indivíduos que possuem condições crônicas com baixo risco e indivíduos com risco elevado. (MENDES, 2011; HAM, 2009; BATURONE, 2009)

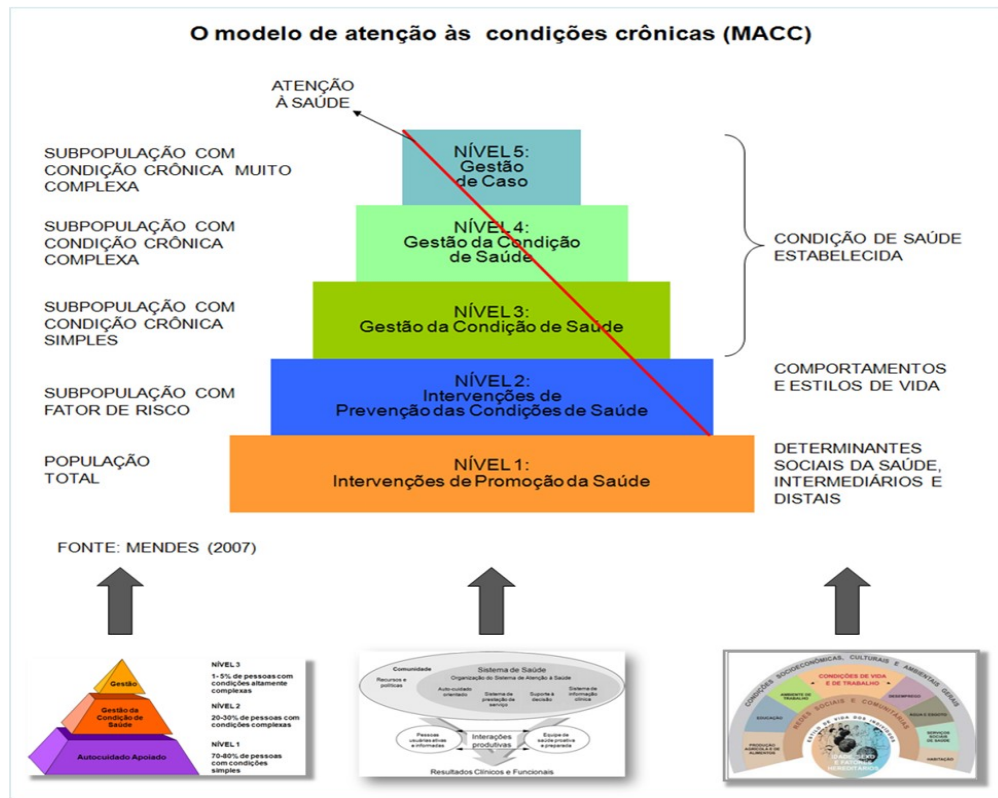
O MACC incorpora a Pirâmide da Kaiser Permanente ao articular as subpopulações portadoras de riscos com as intervenções de prevenção das condições de saúde e as subpopulações com condições de saúde estabelecidas, diferenciadas por riscos, com as intervenções sanitárias ofertadas pelas tecnologias de gestão da clínica.

O modelo de Determinação Social da Saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead apresenta os determinantes sociais da saúde, que são fatores e características ambientais sociais, culturais, comportamentais e biológicos que exercem influência sobre os níveis de saúde de indivíduos e populações. Eles estão dispostos de uma forma concêntrica, em camadas, com os indivíduos no centro e os demais fatores dispostos segundo sua proximidade.

Da mesma forma que fizeram os modelos CICC da OMS (2003) e ECCM do Canadá (2002), o MACC procura ampliar o âmbito das intervenções sanitárias em relação à população

total, por meio de intervenções intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde, especialmente os determinantes intermediários, utilizando o modelo de Dahlgren e Whitehead.

Figura 6 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (MACC)



Fonte: Mendes, 2011

O lado esquerdo da figura acima corresponde à identificação das diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade de uma rede de atenção à saúde. Essa população deve ser cadastrada na atenção primária à saúde, que também deve identificar e cadastrar as subpopulações segundo os diferentes níveis do modelo: **o nível 1:** a população total; **o nível 2:** as subpopulações com diferentes fatores de riscos, especialmente aqueles ligados ao comportamento e estilos de vida (determinantes proximais da saúde, como: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, etc.); **o nível 3:** as subpopulações de pessoas com riscos biológicos e com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; **o nível 4:** as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, com risco alto e muito alto e **o nível 5:** as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O conhecimento de uma população por um sistema de atenção à saúde e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população. (MENDES, 2012)

O lado direito da figura corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função das subpopulações e dos determinantes sociais da saúde. No primeiro nível o foco está nas ações de promoção à saúde, com intervenções integradas entre o setor saúde e demais setores da sociedade sobre os determinantes sociais da saúde distais e intermediários, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho (educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc.).

No segundo nível, o objetivo deve ser abordar os determinantes proximais, relacionados com o comportamento e o estilo de vida, de modo a prevenir o aparecimento de condições de saúde em indivíduos ou populações.

A partir do terceiro nível, quando há o aparecimento de uma condição de saúde definida, as intervenções clínicas são mais evidentes, mas devem continuar sendo abordados os determinantes de risco proximais e individuais.

A parte central da figura apresenta as intervenções principais de saúde em relação aos usuários e aos focos prioritários. No primeiro nível as intervenções serão de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais distais e intermediários. Esses determinantes respondem principalmente ao estabelecimento de políticas intersetoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, aumento da escolaridade, melhoria na infraestrutura urbana etc.

No nível 2, as intervenções serão de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. O autor emprega a expressão prevenção das condições de saúde e não o termo prevenção de doenças, porque se podem prevenir condições de saúde, como gravidez e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (BRASIL, 2013a).

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo e fatores hereditários, a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções serão predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica

e a partir da gestão baseada na população. Essas intervenções devem considerar os riscos da população, de acordo com o modelo da Pirâmide de Risco, sendo necessária a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde.

O nível 3, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio riscos, em geral prevalente entre 70 a 80% dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. De maneira especial essa população se beneficia de ações que promovam o autocuidado apoiado, onde os indivíduos são orientados pela equipe de saúde a compreenderem melhor sua condição de saúde e os fatores determinantes, além de se responsabilizarem pelo estabelecimento de um plano de cuidados com a equipe e de um plano de autocuidado. (WAGNER, 1998; WAGNER et al, 2001)

As intervenções no nível 4 se dão pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, entretanto a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na figura e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências da Pirâmide da Kaiser Permanente que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos principalmente por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais (BATURONE, 2009). Dessa forma, no nível 3, as ações acontecem na atenção primária à saúde, principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe de saúde com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e atenção profissional prestada na APS e nos serviços de referência, numa ação conjunta entre especialistas e generalistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas, onde há maior gravidade da condição de saúde e às vezes outros fatores ou condições associados, que agravam de forma considerável a situação desses indivíduos. A tecnologia específica para este nível do MACC é a Gestão de Caso, na qual a equipe de saúde designa um profissional, chamado gestor de caso, responsável por coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo. Deve ser feito um plano de cuidados individualizado e a participação do cuidado profissional é elevada.

A utilização do MACC tem sido apoiada por ações do CONASS e da OPAS em diferentes municípios brasileiros. O CONASS desenvolveu uma metodologia chamada de “Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde”, que visa apoiar municípios e regiões de saúde na implantação de ferramentas de gestão do cuidado para condições crônicas e agudas na APS por meio da condução de um processo de planejamento da atenção à saúde que leva em

consideração todas as suas etapas. Os conteúdos e ferramentas desenvolvidos usam o MACC como modelo teórico para a gestão de condições crônicas (CONASS, 2009).

A OPAS-Brasil tem desenvolvido e apoiado a realização de um projeto intitulado “Laboratórios de Inovação para a Gestão de Condições Crônicas” (LIACC). Os Laboratórios consistem na implantação e avaliação de diferentes iniciativas focadas na gestão de condições crônicas e seus fatores de risco. Eles são realizados em parceria com municípios e estados, com apoio da OPAS e do Ministério da Saúde.

Em 2010 foi iniciado um LIACC no município de Curitiba, tendo como foco a Atenção Primária à Saúde e o manejo de condições crônicas. Com base no perfil epidemiológico da população foram destacadas hipertensão, diabetes e depressão como condições a serem trabalhadas. Grupos de trabalho foram desenvolvidos de acordo com as principais intervenções: prevenção das condições de saúde, tecnologias de mudanças de comportamento, autocuidado apoiado, relações com a comunidade, educação permanente, educação em saúde, sistema de informação clínica e sistema de prestação de serviços. Os grupos desenvolveram ferramentas normativas, processos de trabalho e propostas de intervenções a serem implantadas. Foi escolhida uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para implantação, em caráter de piloto, dos conteúdos desenvolvidos (MOYSES et al, 2012 e 2013).

Considerando-se o tempo de elaboração e de preparação de profissionais e equipes de saúde para a implantação da estratégia, seus idealizadores consideram que a mesma ainda está em fase de implantação, não sendo possível a mensuração de seu impacto nos indicadores finalísticos de saúde. Entretanto foi percebida uma grande evolução na melhoria das práticas assistenciais dos profissionais de saúde, bem como no desenvolvimento de tecnologias de autocuidado apoiado, gestão de grupos operativos, prontuário eletrônico, entre outros. Em uma avaliação preliminar, utilizando os instrumentos propostos pelo CCM , adaptados para a realidade brasileira, foi percebido pelos profissionais de saúde um avanço na incorporação de novas tecnologias e na melhoria dos processos de trabalho para a gestão das condições de saúde abordadas. Também pelos pacientes foi sentida evolução, destacando-se a melhor interação com a equipe e apoio no manejo da própria condição de saúde (MOYSES et al, 2013).

Em Minas Gerais foi realizado nos anos de 2013 e 2014 um LIACC abordando a APS e sua relação com os Serviços de Referência Secundária, para hipertensão, diabetes, saúde materna e infantil. A iniciativa abrangeu o município de Santo Antônio do Monte e teve impacto em toda a Região de saúde (OPAS, 2015). Essa iniciativa foi posterior à implantação do MACC no centro de referência secundária para hipertensão e diabetes e em alguns municípios da região, iniciadas em 2010.

Alguns resultados da implantação do MACC em serviço de referência secundária e no município de Lagoa da Prata, Minas Gerais, foram apresentados em publicação coordenada pela Organização Pan-americana de Saúde (JUNIOR, 2011):

- Zero hospitalização por complicações do diabetes no município;
- Zero amputação por pé diabético para os pacientes atendidos no município e no centro de referência;
- O percentual dos usuários hipertensos que alcançaram redução da pressão arterial para níveis ótimos após 3 (três) interconsultas no Centro, foi de 87%;
- O percentual de diabéticos que apresentaram redução da hemoglobina glicada para os níveis ideais, também após 3 (três) interconsultas no Centro, foi de 71%;
- Índice de satisfação de profissionais e usuários superior a 90%.

2.3.3 Resultados da implantação do CCM

Além dos casos acima relatados é possível elencar alguns estudos que demonstram e avaliam resultados da implantação do CCM em serviços de saúde.

Uma ação coordenada, chamada Health Resources and Services Administrations (HRSA's) com o objetivo de implementar e avaliar a implementação do CCM em diversos serviços de saúde nos Estados Unidos identificou, em estudos direcionados para condições crônicas específicas, mudanças importantes nas práticas de saúde e melhorias efetivas nos resultados para os pacientes (COLEMAN et al, 2009).

Um estudo relacionado a dezenove Centros Comunitários de Saúde, com foco no manejo do Diabetes, utilizando inclusive a avaliação de prontuários médicos dos pacientes, identificou melhorias nos processos de cuidado, mas não em indicadores intermediários (CHIN et al, 2004). As melhorias significativas de indicadores de saúde intermediários, tais como Hemoglobina Glicada e níveis de colesterol LDL, só foram percebidas de forma efetiva com a manutenção das práticas propostas pelo CCM em intervalo superior a dois anos (CHIN et al, 2007).

Uma revisão sistemática de literatura identificou 77 estudos relatando a utilização de um ou mais elementos do CCM, dentre os quais 75 reportaram melhorias nas práticas do cuidado e 63 em indicadores clínicos. (DAVY et al, 2015)

Um estudo avaliativo do CCM foi realizado pela Rand Corporation e pela Universidade de Berkeley, Califórnia, e teve três objetivos principais: avaliar as mudanças ocorridas nas

organizações de saúde para implementar o CCM, identificar as características dessas organizações que permitiam o sucesso na implementação de mudanças e estabelecer o grau em que a adoção desse modelo melhorou os processos e os resultados em relação às condições crônicas. Essa avaliação durou quatro anos e envolveu dezenas de organizações de saúde e dados de milhares de pacientes e seus resultados serviram para confirmar a efetividade do CCM quando aplicado de forma estruturada, para a melhoria de resultados de saúde e aumento da satisfação dos usuários (RAND, 2003). Os principais resultados, segundo Mendes (2012) foram: as organizações foram capazes de apresentar melhorias fazendo uma média de 48 mudanças em 5,8 dos 6 elementos do CCM; os portadores de diabetes tiveram um decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca apresentaram melhores tratamentos e utilizaram menos 35% de internações, medidas por leitos/ dia; os portadores de asma e diabetes receberam tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM tiveram sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundiram dentro e fora dessas organizações.

Um documento técnico publicado pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos e preparado pelo MacColl Institute em associação com a RAND Corporation e com o California Health Care Safety Net Institute apresentou impactos positivos da aplicação do modelo na melhoria dos processos de trabalho, qualidade do cuidado, resultados para os pacientes e custos organizacionais em diversos serviços dos Estados Unidos (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ, 2008).

Uma conclusão que perpassa as diversas experiências é que o CCM funciona melhor quando se fazem mudanças que envolvem o conjunto dos seus seis elementos uma vez que eles se potenciam uns aos outros (HAM, 2010; MENDES, 2012).

2.4 Ferramentas para avaliação do CCM: ACIC e PACIC

Para avaliar e monitorar a implementação do CCM, os idealizadores do MacColl Institute for Health Care Innovation (2006) propuseram dois instrumentos vinculados aos princípios e elementos norteadores do modelo. Esses instrumentos são o Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português, e o Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC), ou Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas.

O PACIC é utilizado por meio de entrevista aos usuários dos serviços de saúde, buscando a avaliação de seis componentes: Adesão ao tratamento, Modelo de atenção/tomada

de decisão, Definição de metas, Resolução de problemas/ contextualização do aconselhamento, Coordenação da atenção/ acompanhamento. A pontuação varia de 1 a 5, com escores mais altos indicando a percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas (MOYSÉS et al, 2013).

O ACIC propõe-se a ser uma ferramenta capaz de ser aplicada tendo como referência o cuidado para qualquer condição crônica para qualquer ponto de atenção de um sistema de saúde. Para seu preenchimento, entretanto, seus idealizadores, propõem que os profissionais de saúde tenham em perspectiva apenas um serviço de saúde específico que atenda a condições crônicas (UBS, ou hospital, por exemplo) e também que levem em consideração o cuidado a uma condição específica de saúde (MACCOLL INSTITUTE, 2006).

O ACIC permite a avaliação, pelos profissionais, da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas e assim apoiar as equipes na melhoria da atenção a essas condições. Uma vez que o ACIC considera processos e iniciativas necessárias para a implantação dos elementos do CCM, as evidências científicas que orientaram a elaboração desse instrumento são as mesmas que nortearam a construção do modelo.

O ACIC faz uma leitura de cada um dos componentes do CCM e destaca intervenções específicas para cada um deles, dessa forma, possui uma conotação mais prática, apoiando o profissional de saúde na reflexão do estágio em que a organização a qual pertence se encontra na atenção às condições crônicas.

Dessa forma a estrutura do ACIC é desenvolvida em sete “partes”, que são estabelecidas conforme os seis elementos-chave vinculados aos requisitos para o desenvolvimento do CCM mais um sétimo elemento que considera a integração de todas as ações, apresentando em cada uma delas alguns componentes de verificação que devem ser avaliados pelos profissionais de saúde. A avaliação consiste na pontuação de cada componente, segundo uma escala que vai de 0 (zero) a 11(onze), sendo que zero corresponde à inexistência do componente e onze à correspondência máxima com os critérios de qualidade apresentados.

O profissional ou as equipes devem apontar o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. A pontuação mais alta (11) indica um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. A menor pontuação possível (0) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas (SUNAERT, et al, 2010).

A estrutura principal do ACIC, com suas partes principais e os componentes de avaliação, pode ser vista no Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - A estrutura do ACIC

PARTES	COMPONENTES
Organização da Saúde	O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas
	Estratégias para melhoria da atenção às condições crônicas
	Regulação e Incentivos para a atenção às condições crônicas
	Liderança superior da organização
	Benefícios e incentivos (econômicos e morais)
Articulação com a comunidade	Articulação das instituições de saúde das pessoas usuárias com os recursos comunitários
	Parcerias com organizações comunitárias
	Conselho local de saúde
	Agente comunitário de saúde
Autocuidado Apoiado	Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado
	Suporte para o autocuidado apoiado
	Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares
	Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares
Suporte à Decisão	Diretrizes Clínicas baseadas em evidência
	Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde
	Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas
	Informações às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	Trabalho em equipe
	Liderança das equipes de saúde
	Sistema de agendamento
	Monitoramento da condição crônica
	Atenção programada para as condições crônicas
Sistema de Informação Clínica	Continuidade do cuidado
	Prontuário clínico eletrônicos
	Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	Alerta para os profissionais
	Feedbacks para a equipe de saúde
	Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias
Integração dos Componentes do Modelo de atenção às Condições Crônicas	Plano de cuidado das pessoas usuárias
	Informação às pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas
	Sistema de informação/ registro clínico)
	Programas comunitários
	Programação local das condições crônicas
	Monitoramento das metas e planos de cuidado
	Diretrizes Clínicas para condições crônicas

Fonte: MOYSÉS et al, 2013 (adaptado pelo autor)

O instrumento completo do ACIC em sua versão brasileira, traduzida e adaptada à realidade brasileira pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em conjunto com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (MOYSÉS et al, 2013), encontra-se no Anexo I deste trabalho.

O ACIC na versão em inglês foi validado em 2011 quanto às suas qualidades psicométricas, sendo considerado satisfatório. (CRAMM et al, 2011). Internacionalmente, os instrumentos ACIC e PACIC têm sido adaptados semântica e culturalmente por diversos grupos interessados em sua utilização como ferramenta de suporte para o diagnóstico, adequação, monitoramento e avaliação de modelos de atenção às condições crônicas apoiados no Chronic Care Model. Traduções sistemáticas já foram feitas para o alemão, finlandês, francês, espanhol, tailandês, entre outros (MOYSÉS et al, 2013).

Um estudo realizado na Bélgica identificou significativa melhoria nos resultados do ACIC, após a implementação de um programa de atenção ao Diabetes tipo 2 por meio da implantação do CCM, entre os anos de 2003 e 2007 (SUNAERT, et al, 2010).

Na Alemanha o ACIC foi utilizado e adaptado como base e modelo para o desenvolvimento de um novo questionário, chamado “Questionnaire of Chronic Illness Care in Primary Care” (QCPC), mais adaptado ao contexto do país (STEINHAEUSER et al, 2011).

Na Holanda a utilização de uma versão adaptada do ACIC para a avaliação de programas de gestão de doenças crônicas foi considerada efetiva (CRAMM et al, 2011).

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

A Atenção Primária à Saúde no Brasil teve um salto quantitativo após o surgimento do SUS em 1988, resultado da diretriz de acesso universal e descentralização, que fez com que os municípios assumissem a gestão da APS (MENDES, 2012). A busca pela adequação ao princípio da integralidade foi um dos motivadores da busca por um modelo de APS que aportasse maior abrangência e resolutividade assistencial, culminando com a implantação do Programa de Saúde da Família no final de 1993. Esse processo se deu com forte indução financeira do governo federal e pequena participação dos governos estaduais (OPAS, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cuja versão mais atual data de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), apresenta uma série de programas e ações envolvendo financiamento

federal, que estimulam o fortalecimento da APS em sua estruturação física e organização dos processos de trabalho de profissionais e equipes de saúde. Entre esse conjunto de ações e programas que conformam a nova PNAB, o PMAQ é considerado a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. (PINTO, SOUZA e FERLA, 2014)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB, foi instituído, pela Portaria Ministerial nº 1.654 em julho de 2011. Nas palavras do próprio MS, tem o objetivo de “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (ABS)” (BRASIL, 2013b) e também de “induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais e das Equipes de Atenção Básica, em ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população” (BRASIL, 2013c).

O programa consiste basicamente na realização de ciclos de melhoria qualitativa das equipes de atenção básica inscritas pelos municípios. O processo todo possui várias etapas até o seu resultado final, que é individualizado para cada equipe de saúde participante. A participação no PMAQ é geradora de um bônus financeiro ao município. Esse recurso financeiro sofre variações de acordo com o alcance de resultados de cada equipe contratualizada.

Os objetivos específicos do PMAQ-AB (BRASIL, 2013b) são apresentados a seguir:

- I- *“Ampliar o impacto da Atenção Básica (AB) sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;”*
- II- *“Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;”*
- III- *“Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;”*
- IV- *“Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;”*
- V- *“Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;”*
- VI- *“Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados”; e*

VII- “Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.”

A operacionalização do PMAQ está organizada em quatro fases complementares, que visam conformar um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1. Adesão ao programa pelos municípios, com a contratualização de compromissos firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB), gestores municipais e Ministério da Saúde, num processo que deve envolver pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social;

2. Desenvolvimento das ações com vistas à qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão, sendo a principal ação a autoavaliação das equipes e do município. Além disso, estão presentes ações pertinentes à educação permanente, ao apoio institucional, ao monitoramento de indicadores;

3. Avaliação Externa, como objetivo de verificar as condições de acesso e qualidade e identificar os esforços e resultados das EAB e dos gestores na qualificação da Atenção Básica;

4. Recontratualização, que se refere à repactuação entre equipes de atenção básica e gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando o avanço sistemático do Programa.

Na segunda fase é sugerido um instrumento de autoavaliação, chamado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ). Os critérios de avaliação do AMAQ possuem estreita ligação com os critérios estabelecidos no Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB, sendo assim, ele se torna um importante instrumento de autoavaliação e preparação da equipe de saúde para as etapas posteriores.

A autoavaliação da Atenção Básica está dividida em quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica, conforme demonstrado no Quadro 3. (BRASIL, 2012)

Quadro 4 - Dimensões de avaliação do AMAQ

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A- Implantação e implementação da Atenção Básica no município
		B - Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do Trabalho

	Gestão da Atenção Básica	D – Participação, controle social e satisfação do usuário.
		E – Apoio institucional
		F – Educação Permanente
		G – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção Integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Fonte: Brasil, 2012

A primeira e segunda fases do PMAQ-AB também devem servir como preparação para a fase central do programa, a avaliação externa, cujo resultado é responsável pelo maior percentual da pontuação final da equipe de saúde.

A terceira fase do PMAQ-AB se caracteriza por um processo abrangente de avaliação, no qual Instituições de Ensino e Pesquisa, representando o Ministério da Saúde, vão a cada uma das equipes que aderiram ao programa e avaliam, com base em um instrumento padronizado, o grau de cumprimento dos critérios de qualidade estabelecidos pelo PMAQ.

Por meio de entrevistas com profissionais de saúde e usuários das unidades de saúde e também pela observação e coleta direta de dados, esses profissionais avaliadores identificam a presença ou ausência de cada um dos elementos especificados no manual de avaliação externa.

O Instrumento de Avaliação Externa é utilizado na terceira fase do ciclo de avaliação e é composto por quatro módulos: **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS)**, para avaliação de infraestrutura das UBS (estrutura física, equipamentos, mobiliário e equipe); **Módulo II - Entrevista com um profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS**, com foco nos processos de trabalho e organização dos serviços da equipe; **Módulo III - entrevista com usuários na UBS**, sobre seu nível de satisfação quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde e o Módulo Eletrônico, que compõe perguntas complementares a serem respondidas pelos gestores (BRASIL, 2013b).

Também o Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ é, como o AMAQ, estruturado em subdimensões. Estas, por sua vez, são constituídas por padrões de qualidade, que são os critérios fundamentais de qualidade para cada subdimensão. O módulo I possui 18

subdimensões e 477 padrões de qualidade. O módulo II possui 33 subdimensões e 248 padrões de qualidade. O módulo III possui 24 subdimensões e 162 padrões de qualidade. O quadro completo com os dados do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, Módulo II, está no Anexo II deste trabalho.

O resultado das avaliações *in loco*, somado aos resultados das etapas anteriores, determina a pontuação final da equipe de saúde e deve ser utilizado pela mesma, para em conjunto com a gestão municipal, possa repactuar metas para o próximo período e ações para melhoria contínua de processos.

O score final da equipe de saúde irá impactar no recurso financeiro extra, que é repassado aos municípios pelo MS, considerando cada equipe contratualizada no programa.

O PMAQ é um programa de adesão voluntária, ou seja, participam apenas os municípios e equipes que desejam se envolver em um processo de melhoria de qualidade e se submeter às regras do programa. Essa característica é considerada positiva em um processo de avaliação de qualidade, uma vez que a adesão ao programa caracteriza um comprometimento dos participantes. De fato o PMAQ se configura na política nacional de saúde como um novo modo de financiar a AB, pela primeira vez, associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que estes alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB (PINTO, SOUZA E FERLA, 2014; BRASIL, 2013b).

Políticas públicas de saúde que associam o ganho de benefícios (financeiros ou outros) ao cumprimento de metas pactuadas de processos e resultados têm sido implantadas em diversos países nos últimos anos. (HAM, 2010; NOLTE e MCKEE, 2008; BARRETO, 2015). Estudos mostram que essas políticas, caracterizadas pelo pagamento por performance, tem efeitos positivos comprovados em curto prazo, desde que reflitam metas comportamentais bem definidas, distintas e simples. Mas ainda precisam ser estudados efeitos para mudanças de longo prazo e mais complexas. Também foi apontado que a seleção de indicadores específicos de processos e resultados pode aumentar o risco de comportamentos não desejados, como distorção de dados para alcançar as metas, foco apenas nas ações que geram recompensa, seleção de casos e pacientes, entre outros (BARRETO, 2015).

O PMAQ-AB possui grande potencial de indução de processos de trabalho e novas práticas assistenciais na APS, uma vez que é um processo abrangente, com participação de múltiplos atores, incluindo as maiores Universidades do país e aporta um novo e importante recurso financeiro para a Atenção Básica dos municípios (PINTO, SOUZA E FERLA, 2014, GIOVANELLA, 2014).

O Financiamento da Atenção Básica no país apresentou um grande incremento com o PMAQ. Ao se comparar os recursos repassados pelo MS nos anos de 2010 e 2013, considerando-se uma equipe de saúde de atenção básica com saúde bucal e que tenha apresentado resultado mediano no ciclo de avaliação, apenas o incremento financeiro do PMAQ implicaria num aumento financeiro de 51% e caso a equipe tenha obtido avaliação ótima no PMAQ o percentual sobe para 67% no valor repassado aos municípios (PINTO, SOUZA E FERLA, 2014).

Além disso, os resultados dos dois primeiros ciclos de avaliação tem sido uma importante fonte de informação e base de pesquisa em saúde a respeito da APS com informações relevantes nos mais diversos campos da APS, tais como: relações de emprego e trabalho (SEIDL et al, 2014), promoção da saúde (TEIXEIRA et al, 2014), educação permanente e apoio matricial (SOBRINHO et al, 2014), etc. Também foram feitos estudos, utilizando dados do PMAQ para a avaliação da capacidade da APS na gestão de condições crônicas (GARNELO et al., 2014; MEDINA et al, 2014)

Atualmente o PMAQ está em seu terceiro ciclo de avaliação, na fase de contratualização das equipes. No primeiro ciclo 17.482 equipes de saúde foram inscritas, no segundo ciclo esse numero subiu para 38.396 equipes, o que demonstra a abrangência desse programa e seu imenso potencial para influenciar a adoção de melhores práticas gerenciais e de cuidado na APS nacional. A partir do segundo ciclo de avaliação foram aplicados mais três módulos de avaliação ao PMAQ, visando avaliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como a estrutura e processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2013b).

O referencial teórico até aqui desenvolvido procurou demonstrar o grande impacto que as condições crônicas exercem sobre a carga de doença da população, bem como a necessidade de se adotar novos modelos assistenciais para configurar o sistema de saúde de modo a responder adequadamente a nova situação de saúde que se apresenta. Também procurou demonstrar que existe um referencial teórico sistematizado que contempla a descrição teórica desse novo modelo assistencial, bem como experiências práticas de sua implantação.

Além disso, demonstrou-se a fundamental importância da APS para a organização das redes de atenção à saúde e para atenção às condições crônicas, bem como a necessidade imperativa de que os gestores, equipes e profissionais de saúde (incluído as equipes e profissionais da APS) estejam preparados para responder ao que a OMS chamou de grande desafio deste século para os sistemas de saúde: as condições crônicas.

O papel central da APS na Política Nacional de Saúde fez com que o Ministério da Saúde instituisse uma política de saúde focada na qualidade dos serviços de APS. Assim, o PMAQ-AB se apresenta como uma proposta de avaliação e unificação dos parâmetros nacionais de qualidade para estrutura e processos de trabalho das equipes de saúde da APS. Também pode funcionar como importante fator de indução de melhorias nas práticas de atenção à saúde dessas equipes.

Uma vez estabelecido pelos estudos de Carga de Doença que a principal demanda assistencial para a APS, bem como para todo o sistema de saúde, são as condições crônicas, pressupõe-se que seja desejável que uma avaliação com foco na qualidade da APS aborde também a sua capacidade de atendimento a essas condições de saúde.

A abrangência da avaliação da Atenção Básica realizada pelo PMAQ-AB permite reconhecer e analisar diversas características da oferta, infraestrutura, prestação e organização das ações nos serviços de Atenção Básica, principalmente das equipes de Saúde da Família, e aspectos da articulação desse nível assistencial com serviços especializados (GIOVANELLA, 2014).

Sendo assim, justifica-se este estudo, que procura analisar a potencialidade do PMAQ-AB como instrumento de avaliação da atenção às condições crônicas na APS, segundo o referencial teórico apresentado acima.

3- OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo é analisar a potencialidade do PMAQ-AB como instrumento de avaliação da atenção às condições crônicas na APS.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar no PMAQ-AB os quesitos/dimensões relacionados à avaliação da atenção das condições crônicas na APS;
- Comparar os padrões de qualidade utilizados pelo instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB com os componentes principais propostos pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas, apresentados no ACIC;
- Identificar e propor melhorias no questionário do PMAQ-AB que possam qualificar o cuidado da atenção das condições crônicas na APS.

4- MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Por suas características este trabalho se apresenta como uma avaliação qualitativa, de caráter documental e descritivo.

A abordagem qualitativa não se apresenta a priori como uma proposta rigidamente estruturada, mas, por sua natureza permite que a imaginação e a criatividade conduzam o investigador a explorar novos enfoques. (GODOY, 1995)

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. Vários tipos de dados são coletados e analisados, considerando os pontos de vista relevantes, para que se compreenda a dinâmica do fenômeno. Partindo de questões amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação. (GODOY, 1995)

A pesquisa documental pressupõe a seleção e análise de documentos diversos, cuja proximidade ao objeto de pesquisa permitem associar informações que melhoram a compreensão do mesmo objeto. Nesta pesquisa dois aspectos merecem atenção especial: a seleção dos documentos e sua análise.

A seleção dos documentos deve levar em consideração o propósito do estudo, suas ideias e hipóteses. Selecionados os documentos, o pesquisador deverá se preocupar com a codificação e a análise dos dados.

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

4.2 Método de trabalho

O instrumento utilizado como referência para leitura do questionário do PMAQ e comparação com os elementos do CCM será o ACIC, em sua versão adaptada para o Brasil pelo laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) de Curitiba,

conforme apresentado na revisão de literatura. A escolha da versão se dá pela descrição de todo o processo de tradução e validação transcultural que foi realizado, por ocasião do LIACC, numa parceria entre pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. (MOYSES et al, 2012 e 2013).

No PMAQ-AB será avaliado o “Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe parametrizada)”, que foi utilizado no segundo ciclo do programa. Essa escolha se deve a dois fatores principais: a segunda edição do PMAQ teve abrangência muito superior à primeira e foram feitas pequenas modificações no instrumento após o encerramento do primeiro ciclo.

No momento de realização deste estudo o instrumento de avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ ainda não havia sido publicado pelo Ministério da Saúde, por isso foi utilizado o questionário empregado no segundo ciclo do PMAQ devido à sua maior abrangência.

Além disso, optou-se por analisar apenas o Módulo II do Instrumento, “Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde”, que aborda os profissionais da equipe de saúde e a organização dos processos de trabalho. A não inclusão dos demais módulos deve-se ao fato de que o Módulo I trata da avaliação estrutural da unidade de saúde, não havendo paralelo direto com o ACIC, que não se propõe a avaliar estrutura e o Módulo III, por tratar-se de entrevista na Unidade de Saúde com o usuário, deve ser relacionado com o PACIC, que não é objeto deste estudo.

O método de trabalho, dessa forma, será: tendo como base o ACIC e as intervenções que ele propõe para cada parte do CCM, realizar uma avaliação descritiva do Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa para Equipes de Atenção Básica utilizado na segunda fase do PMAQ-AB, buscando verificar são abordados os processos e intervenções apresentados pelo ACIC. Essa verificação se dará a partir da identificação no nível de correspondência entre os padrões de qualidade do instrumento brasileiro e os componentes do ACIC.

Foi considerado que havia correspondência entre os instrumentos de avaliação quando foi encontrada menção (direta ou inferida) de algum componente do ACIC no instrumento do PMAQ.

Foram utilizadas as seis primeiras partes do ACIC, uma vez que a sétima parte possui uma função de integração dos elementos, específica do ACIC, que poderia resultar em duplicidade de correspondências.

Os resultados serão apresentados em quadros comparativos, que obedecem a estrutura do instrumento de avaliação do PMAQ e permitirão identificar as subdimensões e

padrões de qualidade do PMAQ que avaliam aspectos da gestão de condições crônicas, segundo o ACIC.

Outro resultado esperado é a identificação de quais os componentes do ACIC são correspondidos em maior ou menor proporção e quais avaliações propostas pelo ACIC poderão ser futuramente incorporadas pelo Instrumento do PMAQ, qualificando-o melhor para a avaliação da abordagem a condições crônicas na APS dos municípios brasileiros.

Seguindo essa proposta metodológica, os passos a serem realizados neste estudo englobam:

- 1) Utilização do ACIC para identificação dos principais elementos que estabelecem ações relevantes para a gestão das condições crônicas;
- 2) Avaliação descritiva do Módulo II do instrumento de avaliação PMAQ-AB, segundo ciclo, buscando identificar os padrões de qualidade do PMAQ que possibilitam avaliar a capacidade da APS para a gestão de condições crônicas e compará-los com o padrão proposto;
- 3) Identificar e propor melhorias no questionário do PMAQ-AB que possam qualificar o cuidado da atenção das condições crônicas na APS, bem como identificar elementos próprios do instrumento brasileiro que possam caracterizar uma inovação em relação aos demais;
- 4) Realizar as conclusões do estudo

5- RESULTADOS

5.1 Correspondência entre o PMAQ-AB e o ACIC

Os resultados da leitura analítica do PMAQ-AB são apresentados no quadro abaixo, que mostra a identificação de correspondências entre o Módulo II do instrumento de avaliação do PMAQ e o ACIC.

O quadro apresenta três colunas que descrevem: 1) a subdimensão do PMAQ-AB; 2) o padrão de qualidade que se relaciona ao ACIC e 3) a Parte e componente do ACIC para os quais há correspondência do padrão de qualidade do PMAQ. A ordem das subdimensões e a numeração e texto dos padrões selecionados são correspondentes aos do Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa para Equipes de Atenção Básica do PMAQ.

Quadro 5– Correspondências entre o PMAQ-AB e o ACIC

SUBDIMENSÃO	PADRÕES RELACIONADOS AO ACIC	ONDE SE RELACIONA NO ACIC
1 – Identificação Geral		
2 – Identificação da Unidade de Saúde		
3 – Informações sobre o entrevistado	II.3.3 – A Equipe possui termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe?	Organização da Saúde: Liderança Superior da Organização.
	II.3.4 – A equipe possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela própria equipe?	Organização da Saúde: Liderança Superior da Organização.
4 – Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de atenção Básica		
5 – Vínculo	II.5.2 - Qual é seu tipo de vínculo?	Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
6 – Plano de Carreira	II.6.1 – O(a) senhor (a) tem plano de carreira?	Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	II. 6.3 – No plano tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	II.6.5 – O (a)senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	Organização da Saúde: Benefícios e incentivos (econômicos e morais)
7 – Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	II.7.1 – A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	II.7.3 – A equipe utiliza o Telessaúde para:	
	II.7.10 – Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Suporte à Decisão: Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas
8 – Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da	II.8.1 – A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações nos últimos 12 meses?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe

Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe.	II.8.2 – A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do trabalho?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
		Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	II.8.2/1 – Quem realiza o apoio?	Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	II.8.3 – A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	II.8.3/2 – A equipe planeja/programa suas atividades considerando:	Articulação com a comunidade: Parcerias com organizações comunitárias
		Articulação com a comunidade: Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	II.8.4 – A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Organização da Saúde: Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	II.8.5 – A equipe recebe apoio para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação?	Organização da Saúde: Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	II.8.7 Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	Organização da Saúde: Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas
	II.8.11 – A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando à melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	II.8.12 – A equipe realiza reunião?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	II.8.12/3 – Quais os temas das reuniões de equipe?	Suporte à Decisão: Educação permanente dos profissionais

		de saúde para a atenção às condições crônicas
		Sistema de Informação Clínica – Plano de cuidado das pessoas usuárias
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
9 – Apoio Institucional e Apoio Matricial	II.9.1 – Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	Organização da Saúde: O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas
	II.9.4 – A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Suporte à Decisão: Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde
	II.9.5 – Os profissionais que realizam o apoio matricial são:	Suporte à Decisão: Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde
10 – Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica		
11 – Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	II.11.1 – Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?	Sistema de Informação Clínica: Registro das Pessoas usuárias
	II.11.3 – Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	Sistema de Informação Clínica: Prontuário Clínico Eletrônico.
	II.11.4 – O prontuário eletrônico está integrado com outros pontos da rede de atenção?	Sistema de Informação Clínica: Prontuário Clínico Eletrônico
12 – Acolhimento à Demanda Espontânea		
13 – Organização da agenda	II. 13.1 – A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Sistema de Agendamento
	II. 13.2 – Para quais grupos a equipe oferta ações?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Continuidade do cuidado.
	II.13.3 – A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Atenção Programada para Condições Crônicas.
	II. 13.4 – Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Sistema de Agendamento

	buscar e mostrar resultados dos exames?	
	II.13.5 – Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Sistema de Agendamento
14 – Atenção à Saúde	II.14.1 – Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis:	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Continuidade do cuidado
	II.14.2 – A equipe possui o registro do seu território:	Sistema de Informação Clínica - Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.14.3 – A equipe programa oferta de consultas para quais situações	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Atenção programada para condições crônicas.
	II.14.4 – A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações?	Sistema de Informação Clínica - Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
		Suporte à Decisão: Diretrizes Clínicas baseadas em evidência
	II.14.5 – A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para quais situações?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Atenção programada para condições crônicas.
		Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas - Programação local das condições crônicas.
	II.14.6 – A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Atenção programada para condições crônicas.
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviço: Continuidade do cuidado
		Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco) .
	II.14.7 – A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços - Trabalho em equipe.

	II.14.8 - Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?	Articulação com a comunidade: Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.
15 – Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde		
16 – Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	II.16.1 – A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	Suporte à Decisão: Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Continuidade do cuidado
17 – Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe		
18 – Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	II.18.1 - A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?	Sistema de informação Clínica – Registro das pessoas usuárias
	II.18.2 - A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
	II.18.3 - No acompanhamento das gestantes, há registro sobre:	Sistema de Informação Clínica – Prontuário Clínico Eletrônico
	II.18.4 - A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.18.6 - É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.18.7 - A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
	II.18.7/1 - Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.18.8 – Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica

20 – Atenção Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	II.19.1 - A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.19.2 - Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
	II.19.3 - Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
	II.19.4 – No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	Sistema de Informação Clínica – Prontuário Clínico Eletrônico
	II.19.5 – A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
	II.19.06 – A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
20 – Atenção à Pessoa com Obesidade	II.20.1 – A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários:	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas monitoramento de peso e altura de indivíduos segundo faixas etárias específicas.
	II.20.2 - A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?	Sistema de Informação Clínica – Prontuário Clínico Eletrônico
	II.20.3 – Após a identificação de usuário adulto com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), quais condutas a equipe realiza?	Autocuidado Apoiado: Suporte para o autocuidado apoiado Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
21 – Atenção à Pessoa com Tuberculose	II.21.1 - A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?	Sistema de Informação Clínica: Informações sobre grupos relevantes de pessoas usuárias
	II.21.2 - A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.21.3 - A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)

	II.21.4 - A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.21.6 - Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?	Sistema de Informação Clínica – Prontuário Clínico Eletrônico
	II.21.7 – A equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO):	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.21.8 - A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.21.9 - A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
22 – Atenção à Pessoa com Hanseníase	II.22.1 – A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.22.2 – A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.22.3 – Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.22.4 – A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
	II.22.5 – A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
23 – Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	II.23.1 - A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas

	II.23.2 - Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Sistema de agendamento
	II.23.4 – A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II. 23.5 – A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	Suporte à Decisão: Educação Permanente dos Profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas
	II.23.6 - A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.23.7 - A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.23.8 - A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.23.9 – A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.23.10 – A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
24 – Atenção à Pessoa com deficiência	II.24.1 - A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.24.2 - A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
25 – Práticas Integrativas e Complementares	II.25.1 - A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.25.2 – Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção

		programada para as condições crônicas
	II.25.4 – A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?	Suporte à Decisão: Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas
	II.25.5 – A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Monitoramento da condição crônica
	II.25.6 – A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando:	Autocuidado Apoiado: Suporte para o autocuidado apoiado
26 – Promoção à Saúde	II.26.1 – A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	Autocuidado Apoiado: Suporte para o autocuidado apoiado
	II.26.3 – A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território:	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
28 – Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	II.28.1 – A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?	Suporte à Decisão: Diretrizes Clínicas baseadas em evidência
	II.28.2 – As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	Organização da Saúde: Regulação e Incentivos para a atenção às condições crônicas
	II.28.3 – Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?	Articulação com a comunidade: Agente comunitário de saúde
	II.28.4 - A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.28.4.2 - A participação dos profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.28.5 – No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam:	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.28.6 – A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
29 – Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o usuário.	II.29.1 - A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?	Articulação com a comunidade: Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.

	II.29.2 - A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?	Articulação com a comunidade: Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.
	II.29.5 - A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Articulação com a comunidade: Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.
	II.29.6 – Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?	Articulação com a comunidade: Conselho local de saúde
30 – Atividades nas Escolas	II.30.3 – A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?	Sistema de Informação Clínica: Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)
	II.30.4 - Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.30.5 - Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza?	Autocuidado Apoiado: Suporte para o autocuidado apoiado
	II.30.6 - Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Continuidade do cuidado
31 – População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	II.31.1 - A equipe realiza ações junto a comunidades tradicionais/ assentados/população rural?	Articulação com a comunidade: Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.
	II.31.6 - A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Continuidade do cuidado
	II.31.8 – Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?	Articulação com a comunidade: Agente comunitário de saúde
	II.31.8 - A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxico a população rural do seu território?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
32 – Acesso à Pessoa Tabagista	II.31.1 - Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	II.32.3 - A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de:	Autocuidado Apoiado: Suporte para o autocuidado apoiado
33 – NASF	II.33.11 - Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe

	II.33.12 - Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares com sua equipe?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	NIIL.33.14 – sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	NIIL.33.16 - Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
	NIIL.33.17 – Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?	Suporte à Decisão: Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas
		Suporte à Decisão: Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: Trabalho em equipe
		Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	NIIL.33.18 – Os profissionais do NASF realizam ações com pessoas das seguintes faixas etárias.	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas
	NIIL.33.19 – Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a equipe.	Desenho do Sistema de Prestação de Serviços: atenção programada para as condições crônicas

Fonte: Elaborado pelo autor

Uma leitura do quadro permite verificar que:

- 1- Dos 248 padrões de qualidade presentes no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, 117 têm relação com o ACIC, ou 47,17 %;
- 2- Das 33 subdimensões do PMAQ, 25 possuem pelo menos um padrão de qualidade que se relaciona com o ACIC, ou 75,75%.
- 3- A subdimensão que mais apresentou padrões de qualidade com correspondências ao ACIC foi: “II.8 - Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe.”, com 11 correspondências.
- 4- As subdimensões relacionadas especificamente à atenção a alguma condição crônica ou ciclo de vida (pré-natal, parto e puerpério; criança; hanseníase; pessoa com deficiência, etc.)

e fatores de risco (obesidade e tabagismo) foram responsáveis pela correspondência de 44 padrões de qualidade, ou 37,61% do total, sendo que 24 desses (54,54%) se relacionam a apenas dois componentes do ACIC, na parte de Desenho do sistema de prestação de serviços: Monitoramento da condição crônica (10) e Atenção programada para as condições crônicas (14),

- 5- As subdimensões relacionadas à organização de processos de trabalho das equipes (organização de prontuários, educação permanente, apoio matricial, organização da agenda, atenção à saúde, visita domiciliar, ações de planejamento, etc.) foram responsáveis por 41 correspondências, ou 35,04% do total.
- 6- Todas as partes principais do ACIC possuem alguma correspondência no PMAQ, porém em níveis diferentes, como descreve o quadro abaixo:

Quadro 6 – Partes e Componentes do ACIC presentes no PMAQ

PARTE	COMPONENTE	NÚMERO DE PADRÕES DE QUALIDADE DO PMAQ COM CORRESPONDÊNCIA S
Organização da Saúde	O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas	7
	Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas	3
	Estratégias para melhoria da atenção às condições crônicas	0
	Regulação e Incentivos para a atenção às condições crônicas	1
	Liderança Superior da Organização.	1
	Benefícios e incentivos (econômicos e morais)	1
	Total	13
Articulação com a Comunidade	Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.	6
	Parcerias com organizações comunitárias	1
	Conselho local de saúde	1
	Agente comunitário de saúde	2
	Total	10
Autocuidado Apoiado:	Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado	0
	Suporte para o autocuidado apoiado	5
	Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares	0
	Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares	0
	Total	5

Suporte à Decisão	Diretrizes Clínicas baseadas em evidência	2
	Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas	5
	Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde	4
	Informações às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas	0
	Total	11
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	Trabalho em equipe	14
	Liderança das equipes de saúde	0
	Sistema de Agendamento	2
	Monitoramento da condição crônica	13
	Atenção programada para as condições crônicas	32
	Continuidade do cuidado.	6
	Total	67
Sistema de Informação Clínica	Prontuário Clínico Eletrônico	6
	Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)	16
	Alertas para os profissionais	0
	Feedbacks para a equipe de saúde	0
	Informações sobre grupos relevantes de pessoas usuárias	1
	Plano de cuidado das pessoas usuárias	1
	Total	24
TOTAL GERAL		135

Fonte: Elaborado pelo autor

- 7- O número de correspondências no ACIC (135) é maior do que o número de correspondências entre as subdimensões do PMAQ (117). Isso se dá porque há padrões de qualidade do PMAQ cuja avaliação identificou que se relacionavam simultaneamente a mais de um componente do ACIC.
- 8- A parte do ACIC que teve o maior número de correspondências foi o “Desenho do Sistema de Prestação de Serviços”, com 67 correspondências, ou 49,26% do total.
- 9- A parte do ACIC com menor correspondência foi o Autocuidado Apoiado, com 5 correspondências ou 3,70% do total.
- 10- Apenas a “Articulação com a Comunidade” apresentou correspondências para todos os componentes.

5.2 Proposição de melhorias para os instrumentos

5.2.1 Para o PMAQ-AB

Com base no que foi observado e considerando os componentes do ACIC que não foram correspondidos no Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ é possível elencar algumas propostas de acréscimos a este, com o objetivo de qualificar a avaliação da abordagem de condições crônicas:

Referentes à organização da saúde:

- 1- Avaliar se a abordagem de crônicos é um norteador das ações da equipe, havendo uma política clara proposta pelos líderes gestores e difundida junto às equipes de saúde. Solicitar evidências caso a resposta for positiva, como, por exemplo: cópia do planejamento estratégico da equipe, das metas assistenciais, dos processos de atenção específicos para condições crônicas.
- 2- Da mesma forma, avaliar se há uma correspondência entre as metas do nível central do município e as metas da equipe de saúde, identificando se as mesmas se relacionam à gestão de condições crônicas. Isso indicaria que há uma estratégia da organização de saúde que chega às equipes.
- 3- Identificar se estão implantadas políticas e estratégias com foco na gestão de crônicas.

Referentes à articulação com a comunidade:

- 1- Identificar se as relações com conselhos de saúde, associações de usuários e recursos da comunidade tem foco na gestão das condições crônicas, dando suporte e apoiando a realização das ações de saúde.

Referentes ao autocuidado apoiado

- 1- Avaliar o conhecimento e motivação da equipe quanto às ferramentas de autocuidado apoiado.
- 2- Avaliar se existem tecnologias de autocuidado apoiado sendo implantadas pela equipe junto à população.

- 3- Avaliar a aplicação dessas ações, identificando, por exemplo, qual o percentual de usuários com uma determinada condição crônica que possuem plano individual de autocuidado e se o mesmo é acompanhado regularmente.

Referentes ao suporte à decisão

- 1- Avaliar se o foco das ações de educação permanente está na gestão de condições crônicas e quais ferramentas e processos de trabalho para a gestão de condições crônicas são discutidos.
- 2- Avaliar se o usuário é informado sobre o processo da atenção à sua saúde e se as diretrizes clínicas são traduzidas em informações que permitam ao mesmo compreender e aderir ao cuidado, bem como tomar decisões informadas sobre o mesmo, com apoio da equipe de saúde.

Quanto ao desenho do sistema de prestação de serviços

- 1- Avaliar a existência de um gerente na equipe de saúde, que assume uma posição de liderança institucional e de orientação dos processos de trabalho, identificando atribuições e garantindo meios para a realização das atividades.
- 2- Avaliar se a equipe conhece seu papel na gestão de crônicas e se os papéis de cada membro da equipe estão estabelecidos para o manejo das condições crônicas

Quanto ao sistema de informação clínica

- 1- Verificar se o prontuário é percebido não apenas como um sistema de registro, mas também de gestão de condição de saúde, o qual deve ser uma ferramenta de trabalho que incentive o manejo adequado das condições crônicas.
- 2- Avaliar algumas funcionalidades do prontuário que podem ser abordadas segundo o modelo de crônicas: feedbacks, alertas, direcionamento para as diretrizes clínicas, retorno das informações de grupos de usuários, orientação para estratificação de risco e programação do cuidado, etc.
- 3- Inserção do plano de cuidados compartilhado no sistema de informação clínica.

5.2.1 Para o ACIC

Para os componentes do ACIC que tiveram correspondência no Instrumento de Avaliação do PMAQ também podem ser feitas algumas observações, que poderão produzir um maior foco do planejamento e das ações da equipe de saúde para a atenção às condições crônicas:

Quanto à organização da saúde

- 1- Identificar se os incentivos e benefícios propostos pela liderança superior da organização estão vinculados a resultados no manejo das condições crônicas prioritárias.

Referentes à articulação com a comunidade:

- 1- Explicitar se os mecanismos de acesso e participação da comunidade no planejamento das ações da equipe, que são verificados no PMAQ, possuem um direcionamento para as condições crônicas.

Quanto ao suporte à decisão

- 1- Identificar se as diretrizes clínicas e protocolos existentes estão de acordo com o preconizado para a gestão de condições crônicas
- 2- Identificar se as ações de Educação Permanente propostas pelo PMAQ estão direcionadas para a abordagem adequada às condições crônicas.

Quanto ao desenho do sistema de prestação de serviços

- 1- Abordar o cuidado integrado à condição crônica entre os membros da equipe, entre a equipe e profissionais externos e também em conjunto com os usuários. Os planos de cuidado devem ser acessíveis e compartilhados e assumidos por todos.

6- DISCUSSÃO

Com base no resultado da comparação entre os dois instrumentos de avaliação alguns pontos merecem destaque.

O PMAQ-AB foi estruturado para ocupar um papel estratégico de síntese e articulação das principais políticas da Atenção Básica do Ministério da Saúde (PINTO, SOUZA e FERLA, 2014). Nesse sentido, ele se relaciona com áreas e programas distintos, como o aumento do financiamento da AB, o Programa de Requalificação das UBS, a criação de um novo sistema de informação para a atenção básica (SISAB), a estratégia de implantação do sistema de prontuário eletrônico para a atenção básica e-SUS AB, o programa Saúde na Escola, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política de Educação Permanente no SUS, A Política Nacional de Humanização, políticas sociais, como a Bolsa Família e algumas Redes de Atenção à Saúde prioritárias para o MS, como a Rede Cegonha, Urgência e Emergência, Saúde Mental, entre outras (PINTO, SOUZA e FERLA, 2014; BRASIL, 2011).

Essa abrangência é traduzida na extensão do Instrumento de Avaliação Externa do programa e se faz presente também no Módulo II do mesmo, objeto deste estudo. Sendo assim, apesar de possuir vários padrões de qualidade que podem ser associados aos componentes do ACIC, não é possível dizer que o PMAQ possua foco específico na gestão de condições crônicas.

Um estudo de 2014, que avaliou o PMAQ a partir da Promoção à Saúde e verificou que o instrumento do PMAQ, no que se refere à promoção à saúde, se concentra na provisão de ações a grupos específicos e não permite avaliar de que forma tais ações estão sendo implementadas e de que maneira elas são efetivas, gerando os resultados desejados. Sendo assim, “deixa de fora a dinâmica dos processos de implementação das ações ou práticas de Promoção à Saúde” (TEIXEIRA et al, 2014). O mesmo pode ser dito em relação às condições crônicas como um todo: os critérios de avaliação do modelo de atenção às condições crônicas estão presentes em bom número no PMAQ, entretanto a maior parte deles não está sendo avaliada com foco na qualidade para a atenção às condições crônicas.

Um exemplo são os padrões de qualidade que se relacionam à educação permanente (EP) dos profissionais. Eles aparecem em quatro subdimensões diferentes, sendo que uma delas é específica para Educação Permanente (7- Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas) e questiona o acesso da equipe a ações de EP e a instrumentos específicos, como o Telessaúde, bem como se as ações contemplam, de forma geral, as necessidades da equipe. As demais estão associadas a redes e ações específicas (Atenção a usuários com sofrimento psíquico, práticas integrativas e complementares e relação com o NASF). Entretanto, nenhum padrão avalia a qualidade do processo educacional, nem o foco

dessas ações no conhecimento e aplicação das ferramentas de gestão das condições crônicas ou o impacto e importância da mesma para a gestão das condições crônicas.

O enfoque na qualidade deve ser uma das principais diretrizes no cuidado às condições crônicas (OMS, 2003). Segundo a OMS: “O controle de qualidade garante a utilização adequada dos recursos, a provisão de tratamento efetivo e eficiente por parte dos prestadores e resultados favoráveis para o paciente diante de quaisquer limitações. Contudo, a qualidade não incide apenas sobre a prestação de serviço de saúde. Um enfoque na qualidade a partir do nível político garante melhor qualidade do sistema nos níveis da organização, da comunidade e do paciente” (Pag. 48). O modelo de atenção às condições crônicas não consiste apenas na indicação de uma série de novos conhecimentos e ações que os profissionais devem ter e realizar, mas numa nova chave de leitura da realidade do cuidado das condições crônicas. (NOLTE e MCKEE, 2008; MENDES, 2012; HAM, 2009; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

A parte do ACIC que apresentou maior correspondência no PMAQ foi o “Desenho do Sistema de Prestação de Serviços”, com a correspondência de 67 padrões de qualidade, ou 57,26 %. Esse elemento tem foco na organização da prestação dos serviços de saúde à população no ponto de atenção, ou seja, ele estabelece parâmetros de estruturação dos serviços de saúde, a serem aplicados no cotidiano das equipes visando à provisão de serviços com a qualidade desejada (MACCOLL INSTITUTE, 2006; WAGNER, 1998).

As ações previstas para esse elemento estão muito próximas do cotidiano das equipes de atenção primária à saúde, uma vez que estabelecem que cada membro da equipe deve conhecer seu papel na atenção aos usuários e que essa atenção deve ser programada, considerando a necessidade de saúde da população, identificada por seus riscos, garantindo um cuidado baseado em evidências, com continuidade (MACCOLL INSTITUTE, 2006, MENDES, 2012).

Também relacionado ao fato de possuir maior proximidade com o cotidiano das equipes de saúde pode se observar que o maior número de correspondências entre os dois questionários foi verificado para os itens de planejamento das ações da equipe e de atenção à saúde para grupos específicos de usuários, como apresentado nos resultados. Esses dois grupos de subdimensões totalizaram 85 correspondências ou 72,65% do total.

Uma avaliação a respeito da dimensão do planejamento na APS a partir do PMAQ identificou que grande parte das equipes de saúde respondeu de forma positiva às questões sobre utilização de ferramentas de planejamento, mostrando que essas ações fazem parte do

cotidiano da APS no Brasil (CRUZ et al, 2014). Outro estudo identificou que embora haja um grande número de equipes de saúde que relatam utilizar as ferramentas de planejamento e programação, é reduzido o número de equipes que utiliza regularmente os protocolos clínicos (GARNELO et al, 2014). Isso concorda com o presente trabalho, que identificou maior correspondência entre as ações de planejamento e prática do cuidado e menos correspondências para os componentes que apresentam conhecimentos específicos para o manejo de condições crônicas, como a utilização de diretrizes clínicas formatadas para a gestão de crônicas, bem como ferramentas de gestão do cuidado e autocuidado apoiado.

A parte do ACIC que teve menor correspondência no PMAQ corresponde ao “Autocuidado apoiado”, com correspondência de apenas 05 padrões de qualidade. Um dos padrões para o qual foi encontrada correspondência é o II.26.1: “A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para (...)”.

Na abordagem às condições crônicas o papel do usuário como gestor da própria condição de saúde é item fundamental e necessário para a efetividade do cuidado. O modelo de atenção preconiza que os resultados clínicos e funcionais esperados só poderão vir a partir das interações entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipes de saúde proativas e preparadas (MACCOLL INSTITUTE, 2006; WAGNER, 1998). O Ministério da Saúde estabelece o autocuidado apoiado como uma das diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013a). O autocuidado apoiado é uma das medidas que mais impactam positivamente os resultados sanitários e de satisfação dos pacientes no manejo de condições crônicas. Ele exige uma expansão do papel das equipes de saúde, para além da transmissão de informações ou da educação em saúde tradicional, na aprendizagem e incorporação de tecnologias de trabalho que permitam a motivação e envolvimento dos usuários (NOLTE e MCKEE, 2008).

Dentre as oportunidades de melhoria elencadas nos resultados acima destacam-se aquelas destinadas a fornecer apoio aos profissionais e equipes de saúde para que possam conduzir o cuidado das condições crônicas em conformidade com o modelo assistencial.

Para que os profissionais tenham as condições necessárias para realizar as ações de saúde em conformidade com o CCM/ACIC, o modelo ressalta a importância do apoio à prática profissional, com educação permanente, apoio clínico e acesso à informação. Essas ações estão concentradas em dois elementos do modelo: o suporte à decisão e o sistema de informação clínica (OPAS, 2011).

As ações de educação permanente devem abordar os novos conhecimentos e habilidades necessários para a gestão das condições crônicas, por exemplo: o conteúdo das diretrizes clínicas, a estratificação de risco das condições crônicas e as ferramentas e metodologias de autocuidado apoiado. Ela deve ser estabelecida como um dos principais investimentos da organização de saúde em seus ativos e deve ser fornecida em horário protegido dos profissionais (BRASIL, 2013a; OPAS, 2011).

O estabelecimento de canais de comunicação para auxílio aos profissionais de saúde em suas dúvidas cotidianas são ferramentas de apoio à prática clínica. Ferramentas de telessaúde e interação com profissionais especialistas são exemplos desses canais de apoio. A interação dos profissionais da APS com especialistas acontece também na integração do cuidado, com a discussão de casos e construção e gestão conjunta de planos de cuidado para usuários de maior risco (WAGNER, 2001; OPAS, 2011).

O acesso estruturado à informação clínica é um dos pilares do modelo de atenção às condições crônicas. Os prontuários clínicos eletrônicos estruturados na lógica da gestão de condições crônicas são a principal ferramenta para garantir esse apoio aos profissionais (BUSSE et al, 2010; HAM, 2010). Os prontuários devem fornecer acesso às informações das diretrizes clínicas, fornecer alertas e feedbacks aos profissionais e possibilitar a visualização de informações de grupos de usuários (MENDES, 2011; MOYSES, 2013).

7- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retornando aos objetivos deste trabalho a percepção é que se pode considerar que eles foram cumpridos, entretanto há muitas perguntas que ainda podem ser feitas e vários caminhos para avanço.

Foi possível identificar a potencialidade do PMAQ-AB como instrumento de avaliação da atenção às condições crônicas na APS, identificando os critérios e padrões de qualidade que possuem maior ou menor correspondência entre os dois instrumentos.

É possível concluir que atualmente o instrumento de avaliação externa do PMAQ não possui todos os elementos necessários (estabelecidos segundo o Chronic Care Model e avaliados pelo ACIC) para avaliar a qualidade do cuidado às condições crônicas na APS. Apesar de possuir um número elevado de padrões de qualidade com correspondências no ACIC, o desenho dos mesmos não está inteiramente adequado ao modelo de atenção às condições crônicas, pela ausência de elementos qualitativos de avaliação.

Entretanto também é possível concluir que a evolução necessária para se atingir uma maior adequação do instrumento brasileiro ao modelo referencial não é de difícil alcance, uma vez que grande parte dos critérios de avaliação está presente, bastando uma melhor qualificação dos mesmos, com foco na abordagem às condições crônicas.

Garantir a adequada prestação de serviços é importante, pois é um dos fatores que consolida a APS como o lugar do primeiro contato e acesso preferencial dos usuários (OMS, 2003; STARFIELD, 2002). Historicamente o foco dos sistemas de saúde tem sido na oferta de serviços (MENDES, 2011), entretanto esse não pode ser o único foco. As evidências mostram que a resposta à necessidade de saúde da população está na implantação de uma nova forma de visão sanitária. Há que se pensar no modo como esses serviços são ofertados à população, ou seja, dentro de cada ação de saúde deve estar embutido o modelo de atenção que se quer implantar.

Entretanto este trabalho tem vários limites - que devem aqui ser considerados para que possam ser superados em outras oportunidades - e pode levantar questões, que poderão ser respondidas em momentos futuros. Seguem alguns deles:

Não foram analisados todos os documentos do PMAQ-AB: este trabalho focou apenas no Instrumento de Avaliação para as equipes de atenção básica e não considerou ferramentas importantes da política do PMAQ-AB, como a Ficha de Qualificação dos Indicadores e a Nota Metodológica, que poderiam trazer mais elementos para a discussão, apresentando os principais indicadores avaliados e também a metodologia e o peso dos critérios de avaliação. Também não foram avaliados os conteúdos do AMAQ, questionário de autoavaliação das equipes de saúde, proposto pelo PMAQ e nem os conteúdos do Módulo Eletrônico, presente na terceira etapa do ciclo de avaliação.

Não foram avaliados todos os públicos do PMAQ-AB: este trabalho não avaliou os instrumentos propositivos e ferramentas de avaliação referentes às equipes de saúde bucal e equipes do NASF. Certamente uma avaliação desses documentos traria novas discussões a respeito da implantação de um modelo de gestão de condições crônicas mais amplo, considerando os serviços de APS.

Não foi feita uma avaliação prática: este trabalho se limitou a fazer uma avaliação comparativa dos instrumentos com base em sua leitura. Novos estudos poderiam ser conduzidos aplicando-se ambos os instrumentos em equipes de atenção primária e verificando a correspondência dos resultados ou verificando, por exemplo, se uma equipe que possuiu boa avaliação pelo PMAQ também teria score favorável no ACIC e vice-versa.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services. Integrating Chronic Care and Business Strategies in the Safety Net. United States, 2008. Disponível em <http://www.improvingchroniccare.org/files/CCM_Toolkit_508.pdf>. Acesso em 20/04/2016.
- 2- BARR. V. et al. The Expanded Chronic Care Model. An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. **Hospital Quarterly**, v.7 n.1, p. 73-82, 2003
- 3- BARRETO, J.O. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.
- 4- BATURONE, M.O. **Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica, 2009. Disponível em <<http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-Ollero-Baturone-M..pdf>>Acesso em 12/10/2014
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GMMS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GMMS nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica- AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
- 8- BRASIL a. Ministério da Saúde. **Documento de 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
- 9- BRASIL b . Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

- 10- BRASIL c. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 11- BUSSE,R; et al. **Tackling Chronic Disease in Europe**: Strategies, interventions and challenges. Berkshire, England: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- 12- CANADA, Ministério da Saúde. **Chronic Disease Prevention and Management**. Disponível em: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2006-synth-chronic-chroniques/index-eng.php> > Acesso em 07/02/2016.
- 13- CHIN, M.H. et al. Improving diabetes care in midwest Community Health Centers with the Health Disparities Collaborative. **Diabetes Care**, v.27, n.11, p. 2-8, jan. 2004.
- 14- CHIN, M.H. et al. Improving and sustaining diabetes care in Community Health Centers with the Health Disparities Collaboratives. **Medical Care**, v.45, n.12, p. 1135-1143, dec. 2007.
- 15- COLEMAN, K. et al. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. **Health Affairs**, v.20 n.1, p. 75-85, jan-feb. 2009.
- 16- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos**. Brasília: CONASS, 2004. (Série CONASS Documenta, caderno de informação técnica e memória. Coleção Progestores n. 2.)
- 17- CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Caderno de apresentação: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009.
- 18- CRAMM, J. et al. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.9, n.49, p.1-10, 2011
- 19- CRUZ, M.M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v.38, n. especial, p. 124-139, out 2014.
- 20- DAVY C. et al. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v.15, n.194, p. 1-11, may 2015.
- 21- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Boletim PAD-MG/2011**: Perfil da população idosa em Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e Informações, 2011. Disponível em

- <<http://fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/335-boletim-pad-mg-2011-perfil-da-populacao-idosa-de-minas-gerais/file> > Acesso em 15/09/2014.
- 22- GARNELO L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v.38, n. especial, p. 158-172, out 2014.
 - 23- GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. Rio de Janeiro: **Divulgação em saúde para debate**, n. 51, p. 30-37, out 2014.
 - 24- GODOY. A.S. Pesquisa qualitativa: Tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**; São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29. mai.- jun. 1995.
 - 25- HAM, C. Chronic Care in the English National Health Service: Progress and Challenges. **Health Affairs**, n.28, v.1, p. 190-201, jan - feb 2009.
 - 26- HAM, C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Cambridge: **Health Economics, Policy and Law**, n.5, v.1 p. 71-90, jan. 2010.
 - 27- IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation. **Global Burden of Disease (GBD)**. Disponível em: < <http://www.healthdata.org/gbd>>. Acesso em 15/01/2016
 - 28- INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington: National Academy Press, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027>. Acesso em 07/10/2014.
 - 29- JUNIOR, A.C. **Consolidando a Rede de atenção às Condições Crônicas**: Experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011.
 - 30- MACCOLL INSTITUTE for Health Care Innovation. **Improving the chronic illness care. The Chronic Care Model**. Disponível em: <<http://www.improvingchroniccare.org>>. Acesso em 12/10/2014
 - 31- MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F.C. **Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde**: Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Brasília: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. Textos para debate. Disponível em <<https://publications.iadb.org/handle/11319/5759?locale-attribute=pt>> . acesso em 20/12/2015.
 - 32- MEDINA M.G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde em Debate**, v.38, n. especial, p. 69-82, out 2014.

- 33- MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2011.
- 34- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012.
- 35- MIRA, J.J. et al. Readiness to tackle chronicity in Spain health care organizations: a two-year experience with the Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad/ Assessment of Readiness for Chronicity in Health Care Organisations instrument. **International Journal of Integrated Care**, v.15, p. 1-10, oct - dez 2015.
- 36- MORESI, E. **Metodologia da Pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília – UCB, 2003. Disponível em: <http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf> . Acesso em 15/10/2014
- 37- MOYSÉS, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSÉS, S.J. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.
- 38- MOYSÉS, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSÉS, S.J. **A implantação do Modelo de Atenção as Condições Crônicas em Curitiba: Resultados do Laboratório de Inovação sobre Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária em Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.
- 39- MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A. **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Harvard: Harvard School of Public Health, 1996.
- 40- NOLTE, E.; MCKEE, M. **Caring for people with chronic conditions**. A health system perspective. Berkshire, England: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- 41- NOLTE, E; KNAI, C; MCKEE, M. **Managing chronic Conditions: Experience in eight countries**. Berkshire, England: .The European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- 42- NUÑO-SOLINÍS, R. et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Barcelona: Gaceta Sanitaria, n.27, v.2, mar - abr 2013.

- 43- OMS - Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, componentes estruturais de ação:** Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- 44- OMS – Organização Mundial da Saúde. **Noncommunicable Diseases.** Contry Profiles 2014. Switzerland: WHO Press, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/> Acesso em 10/10/2014.
- 45- OMS - Organização Mundial da Saúde. **About the Global Burden of Disease (GBD) Project.** Disponível em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/ acesso em 15/01/2016
- 46- OPAS/OMS – Organização Pan-americana de Saúde. **A Atenção à Saúde Coordenada pela APS:** Construindo as Redes de Atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. (NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, nº 2.)
- 47- OPAS/OMS - Organização Pan-americana de Saúde. **A Rede de atenção em Santo Antônio do Monte.** Disponível em < <http://apsredes.org/atencao-as-condicoes-cronicas/reportagem-especial-liacc-de-santo-antonio-do-monte-acompanha-a-construcao-da-rede-de-atencao-as-condicoes-cronicas/> > Acesso em 13/11/2015.
- 48- PINTO H, SOUSA A, FERLA A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v.38, n. especial, p. 358-372, out 2014.
- 49- PORTER, M.E; TEISBERG, E.O. **Repensando a Saúde.** Estratégias para melhor a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007
- 50- RAND Health. **Improving Chronic Illness Care Evaluation (ICICE).** Disponível em: <http://www.rand.org/health/projects/icice.html> . Acesso em 15/05/2016
- 51- SCHRAMM, J.M. et al. **Relatório Final Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005.** Rio de Janeiro: ENSP- FIOCRUZ, 2011
- 52- SCHRAMM, J.M et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.
- 53- SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v.38, n. especial, p. 94-108, out 2014.

- 54- SOBRINHO, D.F. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde em Debate**, v.38, n. especial, p. 83-93, out 2014.
- 55- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2002.
- 56- STEINHAEUSER, J. et al. Questionnaire of chronic illness care in primary care- psychometric properties and test-retest reliability. **BMC Health Services Research**, v.295, n.11, p.2-7, 20011.
- 57- SUNAERT, P. et al. Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium. **BMC Health Services Research**, v.107, n.10, p. 1-11, 2010.
- 58- TEIXEIRA M.B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v.38, n. especial, p. 52-68, out 2014.
- 59- WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v.1, n.1, p.2-4, aug-sep 1998.
- 60- WAGNER, E.H. et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Bethesda , USA: **Health Affairs**, v.20, n.6, p. 64-78, 2001.

9- ANEXOS

ANEXO 1 – O ACIC EM PORTUGUÊS

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – ACIC

Esse instrumento foi desenhado para o monitoramento da capacidade institucional de uma rede de atenção à saúde ou de algum ponto de atenção, por exemplo, uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, para desenvolver o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. O resultado pode apoiar gestores e equipes de saúde a melhorar a atenção às condições crônicas.

Instruções para o preenchimento

Após uma leitura do questionário e uma breve discussão sobre seu conteúdo, ele deve ser preenchido por um profissional de saúde ou, preferencialmente, em conjunto por uma equipe de saúde.

1. **Responda cada questão** na perspectiva de um local (ex. UBS, hospital, clínica especializada) que atua na atenção às condições crônicas.

Indique o nome e tipo de local em análise: _____

2. **Responda cada questão** explicitando como sua organização está atuando frente a uma doença ou condição.

Especifique a doença ou condição _____

3. Cada linha desse questionário apresenta aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas. Cada aspecto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estágios são representados pelos níveis D, C, B ou A e os valores de 0 a 11. Os valores mais baixos expressam capacidades institucionais menores e os mais altos capacidades institucionais maiores de atenção às condições crônicas. Para cada linha, **identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor** que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. Caso exista divergência no grupo, discutam até chegar a um consenso. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.
4. **Some o total dos valores de cada seção** e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Então, na última folha, preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo.

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Avaliação da Atenção às Condições Crônicas

Parte 1: Organização da Atenção à Saúde: O manejo de políticas/programas de condições crônicas pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas...	...não existe ou há pouco interesse.			...está refletido na visão, na missão e no plano estratégico, mas não há recursos comprometidos para a execução do trabalho.			...está incorporado na organização e na sua liderança superior, com recursos específicos comprometidos (financeiros e humanos).			...é parte de planos estratégicos de longo prazo, e há recursos humanos e financeiros comprometidos.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas...	...não existem ou se limitam a uma condição crônica.			...existem, mas não são revistas regularmente.			...são monitoradas e revistas.			...são monitoradas e revistas periodicamente, sendo incorporadas em planos de melhoria de qualidade.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas...	...não são organizadas ou apoiadas de forma consistente.			...utilizam soluções emergenciais para resolver pontualmente os problemas que se apresentam.			...utilizam estratégias efetivas quando surgem problemas.			...utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente na definição dos objetivos organizacionais.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas...	...não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.			...são usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às condições crônicas.			...são usados para apoiar as metas terapêuticas de atenção às pessoas usuárias.			...são usados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Liderança superior da organização...	...desencorajam o cadastramento dos portadores de condições crônicas.			...não dão prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.			...encorajam esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.			...participam visivelmente dos esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.			...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.			...encorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.			...são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde/6) _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 2: Articulação com a comunidade: Articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários...	...não é feita sistematicamente.			...é limitada a uma lista de recursos comunitários identificados em um formato acessível.			... é realizada por meio de pessoal designado para assegurar que as pessoas usuárias e os profissionais da saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.			...é realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e as pessoas usuárias.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Parcerias com organizações comunitárias...	...não existem.			...estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.			...estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.			...são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Conselho Local de Saúde...	... não existe.			...existe, mas tem uma função cartorial.			...existe e acompanha a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.			...existe e acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Agente comunitário de saúde...	... não está incorporado à atenção às condições crônicas.			... está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem integrar-se com os recursos da comunidade			... está incorporado à atenção às condições crônicas e atua de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários.			... está incorporado à atenção às condições crônicas, atua sistematicamente de acordo com as diretrizes clínicas e articula os recursos da organização de saúde e os recursos comunitários.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade _____ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade/4) _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Suporte à decisão. Muitos componentes da atenção às condições crônicas que acontecem no nível das Unidades/Serviços de Saúde têm demonstrado potencial para melhorar a qualidade da atenção prestada. Esses componentes englobam áreas como o apoio para o autocuidado, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte à decisão e os sistemas de informação clínica.

Parte 3: Autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado...	...não são realizadas.			...espera-se que sejam realizadas.			...são realizadas de maneira padronizada.			...são realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Suporte para o autocuidado apoiado...	...é limitado a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).			...é disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.			...é oferecido por educadores em saúde capacitados, que são designados para orientar o autocuidado apoiado, que fazem parte de equipe multiprofissional de saúde, mas envolve apenas os portadores de condições crônicas referidos.			...é oferecido por educadores em saúde especialmente capacitados em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria dos portadores de condições crônicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	... não é realizado de forma consistente.			...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio de referência.			... é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.			...é parte da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares...	...não estão disponíveis.			...limitam-se a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).			... estão disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado.			...estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às condições crônicas e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado/4) _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 4: Suporte à Decisão. O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Diretrizes clínicas baseadas em evidência...	...não estão disponíveis.			...estão disponíveis, mas não são integradas à atenção às condições crônicas.			... estão disponíveis e integradas às atividades de educação permanente dos profissionais de saúde.			...estão disponíveis, implantadas por educação permanente dos profissionais e integradas à atenção às condições crônicas por meio de alertas, <i>feedbacks</i> e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde...	...é feito por meio de referenciamento tradicional.			...é alcançado por meio da participação de especialistas, para aumentar a capacidade do sistema de atenção à saúde, implementando rotineiramente as diretrizes clínicas.			...inclui a participação de especialistas no processo de educação permanente das equipes de atenção primária em saúde.			...inclui a participação de especialistas que participam do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde, de sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas...	...é feita esporadicamente.			...é feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais de educação.			...é feita sistematicamente utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos para uma parte dos profissionais de saúde, com base nas diretrizes clínicas.			...é feita sistematicamente e inclui toda a equipe envolvida na atenção às condições crônicas, utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos, com base nas diretrizes clínicas, e envolve métodos como gestão de base populacional e apoio ao autocuidado.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas...	...não é realizada.			...é realizada quando a pessoa usuária solicita ou por meio de publicações.			...é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de material educativo para cada diretriz clínica.			...é realizada para a maioria das pessoas usuárias, por meio de métodos adequados de educação em saúde, específicos para cada diretriz clínica e inclui a descrição do papel da pessoa usuária para obter sua adesão à diretriz clínica		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Suporte às Decisões ____ Pontuação Média (Pontuação Total para Suporte às Decisões/4) ____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 5: Desenho do sistema de prestação de serviços. A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Trabalho em equipe...	...não existe.	...é realizado por meio da disponibilização de profissionais com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção às condições crônicas.	...é assegurado por meio de reuniões regulares das equipes, com enfoque nas diretrizes clínicas, nos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe e nos problemas da atenção às condições crônicas.	...é assegurada por meio de equipes que se reúnem regularmente, têm atribuições bem definidas, o que inclui educação para o autocuidado apoiado, o monitoramento pró-ativo das pessoas usuárias e recursos de coordenação da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 11	
Liderança das Equipes de Saúde...	...não é reconhecida localmente nem pela Instituição de saúde.	...é assumida pela Instituição de saúde, mas para papéis organizacionais específicos.	...é assumida pela Instituição de saúde por meio da designação de um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.	...está garantida pela Instituição de saúde por designação de um líder que garante a definição clara dos papéis e responsabilidades na atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 11	
Sistema de agendamento...	... não está organizado.	...está organizado só para o atendimento de urgência e algumas situações individuais programadas.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais em uma única visita.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 11	
Monitoramento da condição crônica...	...não está organizado.	...é ofertado quando a pessoa usuária solicita.	...é organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.	...é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades das pessoas usuárias, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 11	
Atenção programada para as condições crônicas...	...não é utilizada.	...é utilizada ocasionalmente para pessoas usuárias com complicações.	...é uma opção para pessoas usuárias que se interessam por esse tipo de atenção.	...é utilizada regularmente para a maioria das pessoas usuárias, incluindo monitoramento regular, intervenções preventivas e a atenção ao autocuidado apoiado por meio de consulta individual ou atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 11	
Continuidade do cuidado...	...não é uma prioridade.	...depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas ou gestores do caso.	...a comunicação entre os profissionais da atenção primária e especialistas é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.	...é uma alta prioridade e as intervenções em condições crônicas incluem uma coordenação ativa entre a atenção primária e especialistas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6 7	8 9 10 11	

Pontuação Total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço ____ Pontuação Média (Pontuação Total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço/6) ____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 6: Sistema de Informação Clínica. Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Prontuário clínico eletrônico...	...não está disponível.			...está disponível, mas é construído individualmente.			...está disponível e é construído com base familiar.			...está disponível, é construído com base familiar e coerente com as diretrizes clínicas e com o modelo de atenção às condições crônicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)...	...não está disponível.			...está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato.			...está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco, segundo as diretrizes clínicas.			... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco segundo as diretrizes clínicas e permite emitir alertas e lembretes para as pessoas usuárias.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Alertas para os profissionais...	...não estão disponíveis.			...estão disponíveis, incluem a notificação geral da existência de condições crônicas, mas não definem os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento.			...estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e definem intervenções necessárias no momento do atendimento.			... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e dão informações específicas para as equipes sobre a adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Feedbacks para a equipe de saúde...	...não estão disponíveis.			...são fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal.			...ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.			...são fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...	...não está disponível.			...está disponível, mas somente pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.			...está disponível eventualmente, mas só pode ser obtida quando solicitada.			...está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	...não é elaborado.			...é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.			...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária e inclui metas clínicas.			...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica ____ Pontuação Média (Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica/6) ____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 7. Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas...	... não é realizada.			... acontece quando solicitada ou por meio de publicações.			... é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.			... é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica e inclui material elaborado para as pessoas usuárias, descrevendo seu papel no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sistema de Informação/registo clínico...	... não inclui metas de autocuidado apoiado.			... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.			... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.			... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, metas de autocuidado apoiado, alertas aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Programas comunitários...	... não fornecem feedback para a Instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.			... fornecem feedback esporadicamente para a Instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.			... fornecem feedback regularmente para a Instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, por exemplo, relatórios na Internet.			... fornecem feedback regularmente para a Instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades das pessoas usuárias.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Programação local das condições crônicas...	...não utiliza uma programação local.			...usa dados dos sistemas de informações para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta.			...usa dados dos sistemas de informações para planejar pro-ativamente o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas.			...usa sistematicamente dados dos sistemas de informações para planejar pro-ativamente, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base em desempenho.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Monitoramento das metas dos planos de cuidado...	...não é realizado.			...realizado esporadicamente, apenas para pessoas usuárias agendadas.			...é realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.			... é realizado por meio da designação de um profissional responsável pela pessoa usuária e que usa o prontuário clínico e os alertas para coordenar a atenção com a pessoa usuária e os membros da equipe.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Diretrizes clínicas para as condições crônicas...	... não são compartilhadas com as pessoas usuárias.			... são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.			... são fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajuda-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento e para permitir que elas identifiquem quando devem procurar um profissional de saúde.			... são compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta as metas das pessoas usuárias e a disposição para as mudanças.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Integração: _____ Pontuação Média (Pontuação para Integração/6): _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

RESUMO DA PONTUAÇÃO
(TRAZER AS PONTUAÇÕES DO FINAL DE CADA SEÇÃO PARA ESTA PÁGINA)

1. Pontuação média para Organização da Atenção à Saúde _____
2. Pontuação média para Articulação com a Comunidade _____
3. Pontuação média para Autocuidado Apoiado _____
4. Pontuação média para Suporte à Decisão _____
5. Pontuação média para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços _____
6. Pontuação média para Sistema de Informação Clínica _____
7. Pontuação média para Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas _____
8. Pontuação total (1+2+3+4+5+6+7) _____
9. Pontuação de capacidade institucional (1+2+3+4+5+6+7/7) _____

O que isso significa?

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta(11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. A interpretação dos resultados é a seguinte:

Entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas;
 Entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas;
 Entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas;
 Entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

É comum que algumas equipes iniciem um processo de mudança com média abaixo de "5" em algumas (ou todas) as áreas do ACIC. Afinal, se todos ofertassem uma atenção excelente às condições crônicas, não seria necessário esse processo ou outros programas para a melhoria da qualidade. Também é comum que equipes acreditem prover uma atenção às condições crônicas melhor do que realmente acontece. Com o desenvolvimento do processo, começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso, a pontuação ACIC pode até diminuir em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que deve envolver um bom sistema de saúde. Com o tempo, à medida que sua compreensão sobre atenção integral aumenta e a equipe continua a implementar mudanças efetivas, observará a melhoria de sua pontuação.

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

ANEXO 2 – O Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB para Equipes de Atenção Básica – Módulo II.

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser o enfermeiro, o médico ou um profissional de nível superior que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas a existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

II.1 - Identificação Geral			
I.1.3	Número do supervisor:		Número
I.1.4	Número do entrevistador:		Número
II.2 - Identificação da Unidade de Saúde			
II.2.1	Coordenadas GPS:		Latitude
			Longitude
			Não foi possível obter as coordenadas
II.2.2	Endereço:		
II.2.3	Telefone(DDD)+8 dígitos		(__) ____ - ____
			Não existe telefone
II.3 Informações sobre o Entrevistado			
II.3.1	CPF do Entrevistado		
II.3.2	Profissão: <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Médico(a)
			Enfermeiro(a)
			Outro profissional (nível superior)
II.3.3	A equipe possui o termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe?		Sim
			Não
II.3.3/1	Documento que comprove?		Sim
			Não
II.3.4	A equipe possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela própria equipe?		Sim
			Não

II.3.4/1	Documento que comprove?		Sim
			Não
II.3.5	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?		0 ano
			1 ano
			2 anos
			3 anos
			4 anos
			5 anos
			6 anos
			7 anos
			8 anos
			9 anos
			10 anos
			11 ou mais
II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica			
II.4.1	O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?		Sim
	Se NÃO, passar para o bloco I.5.		Não
II.4.2	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional médico) <i>Poderá escolher mais de uma opção de resposta.</i>		
ET - II.4.2/1	Especialização em Medicina de Família e Comunidade <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/2	Especialização em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/3	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.2/4	Possui outra especialização? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/5	Residência em Medicina de Família e Comunidade <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/6	Residência em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/7	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.2/8	Possui outra residência?		Sim
			Não

ET - II.4.2/9	Mestrado em Medicina de Família e Comunidade <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/10	Mestrado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/11	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.2/12	Possui outro mestrado?		Sim
			Não
ET - II.4.2/13	Doutorado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.2/14	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.2/15	Possui outro doutorado?		Sim
			Não
II.4.1	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro) <i>Poderá escolher mais de uma opção de resposta.</i>		
ET - II.4.3/1	Especialização em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.3/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.3/3	Possui outra especialização? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.3/4	Residência em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.3/5	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.3/6	Possui outra residência?		Não possui
			Concluído
			Em curso
ET - II.4.3/7	Mestrado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso

ET - II.4.3/8	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/9	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
ET - II.4.3/10	Doutorado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/11	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/12	Possui outro doutorado?	Sim
		Não
II.4.1	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for outro profissional - nível superior) <i>Poderá escolher mais de uma opção de resposta.</i>	
II.4.4/1	Especialização em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/3	Possui outra especialização? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/4	Residência em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/5	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/6	Possui outra residência?	Sim
		Não
II.4.4/7	Mestrado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/8	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/9	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
II.4.4/10	Doutorado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído

			Em curso
II.4.4/11	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.4/12	Possui outro doutorado?		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5 Vínculo			
II.5.1	Qual é seu agente contratante? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Administração direta
			Consórcio intermunicipal de direito público
			Consórcio intermunicipal de direito privado
			Fundação pública de direito público
			Fundação pública de direito privado
			Organização social (OS)
			<u>Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)</u>
			Entidade filantrópica
			Organização não governamental (ONG)
			Empresa
			Cooperativa
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
ET - II.5.2	Qual é seu tipo de vínculo? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Servidor público estatutário
			Cargo comissionado
			Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
			Contrato temporário por prestação de serviço
			Empregado público CLT

		Contrato CLT
		Autônomo
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
II.5.3	Qual a forma de ingresso? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Concurso público
		Seleção pública
		Indicação
		Outra forma
II.6 Plano de Carreira		
ES - II.6.1	O(a) senhor(a) tem plano de carreira? Se NÃO, passar para a questão II.6.5.	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.6.2	No plano, tem progressão por antiguidade?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
ET - II.6.3	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.6.4	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.6.5	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas		
ES - II.7.1	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.7.2	Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> <i>Se marcar Telessáude, abre a questão II.7.3, II.7.5, II.7.6.</i> <i>Se NÃO marcar Telessáude, passar para questão II.7.9.</i>	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão
		Cursos presenciais
		Telessáude
		RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
		UNASUS
		Curso de Educação à Distância

			Troca de experiência
			Tutoria/preceptoria
			A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros
			Outro(s)
			Não participa de nenhuma ação de educação permanente
ET - II.7.3	A equipe utiliza o Telessaúde para: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> <i>Se marcar Teleconsultoria, abre a questão II.7.4.</i>		Segunda opinião formativa
			Telediagnóstico
			Teleconsultoria
			Tele-educação
II. 7.4	De que forma é realizada a teleconsultoria? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Assíncrona (via plataforma com retorno em 72h)
			Síncrona (skype em tempo real)
II. 7.5	A equipe utiliza qual plataforma para o Telessaúde: <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Do Ministério da Saúde
			Outra plataforma
II. 7.6	A equipe utiliza o 0800 do Telessaúde? Se Não, passar para questão II.7.9.		Sim
			Não
II. 7.7	A equipe utiliza com que frequência o 0800 do Telessaúde?		vez(es) por mês
II. 7.8	Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Muito Bom
			Bom
			Razoavelmente bom
			Ruim
			Muito Ruim
II.7.9	Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Dificuldade de acesso/conectividade
			Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho
			Ninguém atende quando tento telefonar
			Não obteve retorno
			A equipe não tem necessidade de

			acessar
			Não existe no município o programa
G - II. 7.10	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Contempla muito
			Contempla
			Contempla razoavelmente
			Contempla pouco
			Não contempla
ET - II. 7.11	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		1 vez/semana
			2 vezes/semana
			3 vezes/semana
			4 vezes/semana
			5 vezes/semana
	Não recebe		
II. 7.12	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Muito articuladas
			Razoavelmente articuladas
			Pouco articuladas
II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe			
ET - II.8.1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? Se NÃO, abre a II.8.1.2		Sim
			Não
ET - II.8.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.8.1.2	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? <i>Poderá escolher somente uma opção</i> Se A EQUIPE NÃO REALIZA PLANEJAMENTO, passar para a questão II.8.2		Semanal
			Bimestral
			Trimestral
			Semestral
			Anual
	A equipe não realiza planejamento		
ET - II.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?		Sim
			Não
G - II.8.3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?		Sim
			Não
G - II.8.3/1	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe?		Painel informativo Informativos epidemiológicos
	Poderá escolher mais de uma opção ☐		Informativos da

			atenção básica Sala de situação
			Relatórios e consolidados mensais dos SIAB
			Não sabe/não respondeu Outro(s)
			Nenhuma das anteriores ☐
II.8.3/2	A equipe planeja/programa suas atividades considerando:		A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
	Poderá escolher mais de uma opção		As metas para a atenção básica pactuadas pelo município
			As informações do Sistema de Informação
			As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)
			As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)
			As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)
			Os desafios apontados a partir da autoavaliação
			O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
			O envolvimento dos atores da comunidade
			O envolvimento de outros setores

			(intersectorialidade) que atuam na sua área
			Nenhuma das anteriores
ES - II.8.4	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?		Sim
			Não
ET - II.8.5	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?		Sim
			Não
II.8.6	A sua equipe já participou do PMAQ?		Sim
			Não
II.8.7	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?		Sim
			Não
AUTOAVALIAÇÃO II.8.8	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.8.9	Qual o instrumento utilizado?		AMQ
	<i>Poderá escolher somente uma opção</i>		AMQ
			Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
			Instrumento desenvolvido pelo Estado
			Outro(s)
AUTOAVALIAÇÃO II.8.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.8.10	Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?		Muito Considerado
			Considerado
			Razoavelmente considerado
	<i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Pouco considerado
			Não considerado
G - II.8.11	A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?		Sim
			Não
G - II.8.12	A equipe realiza reunião?		Sim
			Não
II.8.12/1	Quais profissionais participam da reunião de equipe?		Médico
			Enfermeiro
	<i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Cirurgião-dentista
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Auxiliar/técnico de Saúde Bucal
			ACS

			Outros ☐
II.8.12/2	Qual a periodicidade das reuniões? <i>Poderá escolher somente uma opção ☐</i>		Diária
			Semanal
			Quinzenal
			Mensal
			Sem periodicidade definida
			Não sabe/não respondeu
II.8.12/3	Quais são os temas das reuniões de equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Organização do processo de trabalho e do serviço
			Discussão de casos (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
			Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)
			Construção/discussão de projeto terapêutico singular
			Planejamento das ações da equipe
			Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
			Educação permanente
			Avaliação das ações da equipe
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial			
ET - II.9.1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados? Se NÃO, passar para questão II.9.4.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.9.2	Esse apoio foi por indução do PMAQ?		Sim
			Não
II.9.2/1	Como é realizado o contato do apoiador institucional com a equipe?		Webconferência
			Email

	Poderá escolher mais de uma opção ☐	Telefone
		Presencial
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores ☐
II.9.2/2	Quais as atividades que o apoiador institucional realiza?	Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica
	Poderá escolher mais de uma opção	Apoio à autoavaliação
		Apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores
		Apoio ao planejamento e organização da equipe
		Educação permanente
		Participa das reuniões com a equipe
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
		Nenhuma das anteriores ☐
G - II.9.3	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
	<i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não sabe/não respondeu
G - II.9.4	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim
	Se NÃO, passar para o bloco II.10.	Não
		Não sabe/não respondeu
II.9.5	Os profissionais que realizam o apoio matricial são:	Do NASF
	<i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Do CAPS
		Da vigilância em saúde
		Especialistas da rede
		Profissionais de outra modalidade de apoio matricial
		Polo da Academia da Saúde
		Centro especializado

			em reabilitação
II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica			
ET - II.10.1	Qual o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade da equipe?		Até 3.000 pessoas
	Poderá escolher somente uma opção ☐		De 3.001 a 4.000 pessoas
			De 4.001 a 5.000 pessoas
			De 5.001 a 6.000 pessoas
			Acima de 6.000 pessoas ☐
G - II.10.1/1	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ES - II.10.2	Existe definição da área de abrangência da equipe		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
G - II.10.3	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência? Se NÃO, passar para questão II.10.6.		Sim
			Não
G - II.10.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.10.3/1.1	O mapa apresentado pela equipe de atenção básica contém quais itens de acordo com o identificado no território:		Sinalização das microáreas do território
	Poderá escolher mais de uma opção		Sinalização de grupos de agravos (gestantes, crianças, doenças crônicas, saúde mental, doenças endêmicas e outros)
			Sinalização de áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares)
			Sinalização de grupos organizados (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores e outros)

			Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas e outros)
			Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)
			Condições socioeconômicas (beneficiários do Programa Bolsa Família e outros)
G - II.10.4	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Menos de 1 mês
			De 1 mês a 1 ano
			Mais de um 1 a dois anos
			Mais de 2 anos
II.10.5	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.10.6	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Todos os dias da semana
			Alguns dias da semana
			Raramente
			Nenhum dia da semana
			Não há esse tipo de demanda
			Não sabe/não respondeu
II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde			
ES - II.11.1	Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares? Se NÃO, passar para questão II.11.2.		Sim
			Não
ES - II.11.1/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
ES - II.11.2	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais? Se NÃO, passar para questão II.11.3.		Sim
			Não
ES - II.11.2/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
II.11.3.0	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?		SIAB

	<i>Poderá escolher somente uma opção</i> Se marcar e-SUS, abre a questão II.11.7.	e- SUS/SISAB
		Sistema de informação próprio
		Não sabe/não respondeu
ET - II.11.3	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? <i>Se NÃO, passar para questão I.11.7.</i>	Sim
		Não
ET - II.11.3/1	Você pode mostra o sistema instalado no computador?	Sim
		Não
ET - II.11.4	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.11.5	Qual o tipo de prontuário? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB
		Prontuário eletrônico próprio
II.11.6	A equipe teve capacitação para utilização do sistema?	Sim
		Não
II.11.7	A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.12.</i>	Sim
		Não
II.11.7/1	Existe documentação que comprova?	Sim
		Não
II.11.7/1/1	A equipe teve capacitação para utilização das fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?	Sim
		Não
II.11.8	A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS?	Sim
		Não
II.11.9	A equipe gerou a senha de acesso para a transmissão dos dados do e-SUS (Sistema do controle de uso do e-SUS AB)?	Sim
		Não
II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea		
ET - II.12.1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? <i>Se NÃO, passar para questão II.12.9</i>	Sim
		Não
II.12.2	Em que local é realizado o acolhimento? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Sala específica
		Consultório
		Sala de espera/recepção
		Outro local
		Não há local específico
G - II.12.3	Em quais turnos é realizado o acolhimento? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Manhã
		Tarde

		Noite
G - II.12.4	Quantos dias por semana acontece? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Um dia por semana
		Dois dias por semana
		Três dias por semana
		Quatro dias por semana
		Cinco dias por semana
		Mais de cinco dias por semana
II.12.5	A equipe realiza o acolhimento “conjunto” com outra equipe da UBS? (Se houver mais de uma equipe na UBS)	Sim
		Não
		Não há outra equipe na UBS
ET - II.12.6	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim
		Não
ET - II.12.7	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Queixas mais frequentes no idoso
		Problemas respiratórios
		Queixas mais frequentes no adulto
		Queixas mais frequentes na criança
		Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico
		Traumas e acidentes
		Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação
		Dengue
		Outros
		Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
ET - II.12.8	A equipe realiza atendimento de: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Dor torácica
		Crise convulsiva
		Nefrolitíase
		Crise de asma
		Crise hipertensiva
		Hiperglicemia em diabéticos
		Casos suspeitos de dengue

			Não realiza atendimento a urgências e a emergências
ES - II.12.9	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?		Sim
			Não
II.12.10	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário? Se NÃO, passar para questão II.12.12.		Sim
			Não
G - II.12.11	Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?		Dias
G - II.12.12	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos, em qualquer horário
			Dias específicos fixos, em horários específicos
			Outro(s)
G - II.12.13	Como os usuários são agendados? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Com hora marcada
			Marcado por bloco de horas
			Fila para pegar senha
ET - II.12.14	O agendamento pode ser feito: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Presencial
			Por telefone
			Pela internet
	Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:		
G - II.12.15	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			70 minutos
			80 minutos
			90 minutos
			100 minutos
			110 minutos
			120 minutos
			130 minutos

		140 minutos
		150 minutos
		160 minutos
		170 minutos
		180 minutos
		190 minutos
		200 minutos
		210 minutos
		220 minutos
		230 minutos
		240 minutos
		mais de 240 minutos
G - II.12.16	Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	10 minutos
		20 minutos
		30 minutos
		40 minutos
		50 minutos
		60 minutos
		70 minutos
		80 minutos
		90 minutos
		100 minutos
		110 minutos
		120 minutos
		130 minutos
		140 minutos
		150 minutos
		160 minutos
		170 minutos
		180 minutos
		190 minutos
		200 minutos
		210 minutos
		220 minutos
		230 minutos
		240 minutos
		mais de 240 minutos
II.12.17	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? Se NÃO, passar para questão II.12.19.	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.12.18	Os profissionais da equipe que fazem o	Sim

	acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		Não
			Não sabe/não respondeu
II.12.19	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário? Se NÃO, passar para questão II.12.21.		Sim
			Não
II.12.20	Qual? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Ambulância do SAMU
			Ambulância do serviço móvel próprio
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
II.12.21	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?		Sim
			Não
			Não se aplica(quando não existir outra equipe na unidade)
II.13 Organização da agenda			
G - II.13.1	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Visita domiciliar
			Grupos de educação em saúde
			Atividade comunitária
			Consultas para cuidado continuado
			Acolhimento à demanda espontânea
			Nenhuma das anteriores
G - II.13.1.6/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
II.13.2	Para quais grupos a equipe oferta ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Gestantes
			Crianças
			Mulheres
			Usuários de tabaco
			Usuários álcool e outras drogas
			Pessoas com obesidade
			Idosos
			Escolares
			Hipertensão arterial sistêmica
			Diabetes Mellitus
			Asma/DPOC
			Outros

			Nenhuma das anteriores
ET - II.13.3	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?		Sim
			Não
ET - II.13.4	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames? Se NÃO, passar para questão II.13.5.		Sim
			Não
ET - II.13.4/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
G - II.13.5	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?		Sim
			Não
ET - II.13.6	A equipe realiza encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta?		Sim
			Não
II.14 Atenção à Saúde			
	Agendamento para consultas especializadas		
G - II.14.1	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário
			A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário
			A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas
			O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe
			O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência

			rência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado
			Não há um percurso definido
G - II.14.2	A equipe possui o registro do seu território: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		De todas as gestantes
			Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
			Das mulheres elegíveis para exame de mamografia
			Das crianças até dois anos
			Das pessoas com hipertensão
			Das pessoas com diabetes
			Das pessoas com DPOC/Asma
			Das pessoas com obesidade
			Outro(s)
			Não possui registro
G - II.14.2.10/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.14.3	A equipe programa oferta de consultas para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Pré-natal
			Hipertensão arterial sistêmica
			Diabetes mellitus
			Obesidade
			DPOC/Asma
			Transtorno mental
			Crianças até dois anos
			Outro(s)
			Não oferta consultas
G - II.14.3.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.14.4	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Câncer do colo do útero
			Câncer de mama
			Pré-natal

			Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
			Hipertensão arterial sistêmica
			<i>Diabetes mellitus</i>
			Tuberculose
			Hanseníase
			Saúde mental
			DPOC/Asma
			Álcool e drogas
			Outro(s)
			Não utiliza protocolos
G - II.14.4.13/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.14.5	A programação da agenda da equipe esta de acordo com o risco classificado, para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Gestantes
			Hipertensão arterial sistêmica
			Diabetes mellitus
			DPOC/Asma
			Obesidade
			Transtorno mental
			Crianças até dois anos
			Outro(s)
			Não utiliza protocolos
II.14.5.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
ET - II.14.6	A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Hipertensão
			Diabetes
			DPOC/Asma
			Obesidade
			Gestantes
			Citopatológico alterado
			Transtorno mental
			Mamografia alterada
			Não realiza registro
ET - II.14.6.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.14.7	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Câncer do colo do útero
			Citopatológico atrasado
			Câncer de mama

			Pré-natal
			Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
			Prematuras
			Com baixo peso
			Com consulta de puericultura atrasada
			Com calendário vacinal atrasado
			Hipertensão arterial sistêmica
			Diabetes mellitus
			Tuberculose
			Hanseníase
			Saúde mental
			Álcool e drogas
			Não realiza busca ativa
G - II.14.7.16/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
II.14.8	Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?		Sim
			Não
			Não há formas tradicionais de cuidado
II.15 Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde			
G - II.15.1	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Creatinina
			Perfil lipídico
			Eletrocardiograma
			Ecocardiograma
			Hemoglobina glicosilada
			Baciloscopia para tuberculose
			Radiografia de tórax (tuberculose)
			Cultura de Micobactérias
			Teste de Sensibilidade (Antibiograma)
			Baciloscopia para hanseníase
			Mamografia
			Sorologia para HIV

			Sorologia para hepatites B e C
			Sorologia para sífilis (VDRL)
			Teste rápido HIV
			Teste rápido sífilis
			Nenhuma das anteriores
G - II.15.2	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Glicemia de jejum
			Sorologia para sífilis (VDRL)
			Sorologia para HIV
			Sorologia para hepatite B
			Exame sorológico para toxoplasmose
			Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito
			Teste rápido de gravidez
			Teste rápido de sífilis
			Teste rápido de HIV
			Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)
			Nenhuma das anteriores
II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos			
II.16.1	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Sim, sempre
			Sim, na maioria das vezes
			Sim, poucas vezes
			Não há retorno
Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames (dos usuários encaminhados nos últimos três meses)			
II.16.2	Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário para as seguintes especialidades?		
II.16.2.1	Consulta em cirurgia geral <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu

II.16.2.2	Consulta em cardiologia <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.3	Consulta em otorrinolaringologia <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.4	Consulta em dermatologia <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.5	Consulta com gastroenterologista <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.6	Consulta em neurologia <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.7	Consulta em oftalmologia <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento

			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.8	Consulta em psiquiatria <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.9	Consulta em fisioterapia <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há profissional na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.10	Exame de mamografia para diagnóstico precoce de câncer de mama <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Não sabe/Não respondeu
II.16.2.11	Exames de ultrassonografia no pré-natal <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
G - II.16.3	Na maioria das vezes o encaminhamento é realizado através de central de regulação?		Sim
			Não
II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe			
II.17.1	Quais exames são realizados/coletados na unidade? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		ET - Exames de sangue
			ET - Urina
			ET - Fezes

			ES - Exame citopatológico de colo de útero
			ET - Eletrocardiograma
			Não são realizados/coletados exames na unidade
ET - II.17.2	A equipe de atenção básica realiza: <i>Poderá escolher mais de uma uma opção</i>		ET - Drenagem de abscesso
			ET - Sutura de ferimentos
			ES - Retirada de pontos
			ET - Lavagem de ouvido
			ET - Extração de unha
			ES - Nebulização/inalação
			ES - Curativos
			ES - Medicações injetáveis intramusculares
			ES - Medicações injetáveis endovenosas
			ET - Inserção de DIU
			Outro(s)
			Não realiza nenhum dos procedimentos acima
II.17.3	Qual(s) profissional(is) realiza(m) o exame citopatológico? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Médico
			Enfermeiro
			Técnico de Enfermagem
			Não se aplica (quando a equipe não realiza exame citopatológico de colo do útero)
II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério			
II.18.1	A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?		Sim
			Não
G - II.18.2	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes? Se NÃO, passar para questão II.18.3.		Sim
			Não
G - II.18.2/1	Existe documento que comprove?		Sim

			Não
G - II.18.3	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante
			Consulta odontológica da gestante
			Vacinação em dia da gestante
			Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
			Nenhuma das anteriores
II.18.4	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?		Sim
			Não
G - II.18.5	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?		Sim, todos os exames
			Sim, alguns exames
			Não
G - II.18.6	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?		Sim
			Não
II.18.7	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto? Se NÃO, passar para questão II.18.8.		Sim
			Não
G - II.18.7/1	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher
			Visita domiciliar de outros membros da equipe
			Consulta em horário especial em qualquer dia da semana
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
II.18.8	Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Recebe a contra referência da maternidade
			Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto
			Recebe informação da secretaria municipal de saúde
			Outros

			Não possui sistema de monitoramento
II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida			
ES - II.19.1	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos? Se NÃO, passar para questão II.19.2.		Sim
			Não
ES - II.19.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.19.2	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?		Sim
			Não
G - II.19.3	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade? Se NÃO, passar para questão II.19.4.		Sim
			Não
G - II.19.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.19.4	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Vacinação em dia da criança
			Crescimento e desenvolvimento
			Estado nutricional
			Teste do pezinho
			Violência familiar
			Acidentes
			Outro(s)
II.19.5	A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?		Sim
			Não
II.19.6	A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?		Sim
			Não
II.19.7	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”? Se NÃO, passar para o bloco II.20.		Sim
			Não
II.19.8	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Recebimento e distribuição de doações de fórmulas infantis e/ou outros alimentos para lactentes e/ou crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras
			Recebimento e utilização de materiais

			educativos sobre alimentação de lactentes, produzidos pela indústria de alimentos infantis bicos, chupetas e mamadeiras
			Recebe amostras, materiais promocionais ou patrocínio para eventos produzidos pela indústria de alimentos infantis, bicos, chupetas e mamadeiras
II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade			
II.20.1	A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Das crianças menores de 2 anos de idade
			Das crianças menores de 10 anos
			Das gestantes
			Dos adultos com hipertensão e diabetes
			Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde
			Outro(s)
			Não realiza
G - II.20.2	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?		Sim
			Não
II.20.3	Após a identificação de usuário adulto com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), quais condutas a equipe realiza? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Organiza consultas de acompanhamento deste usuário na UBS
			Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física.
			Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS
			Encaminha para serviço especializado

			Outro(s)
			Não realiza nenhuma conduta específica
II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose			
II.21.1	A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?		Sim
			Não
G - II.21.2	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?		Sim
			Não
G - II.21.3	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano? Se NÃO, passar para a questão II.21.6.		Sim
			Não
			Não há usuário com tuberculose no território
G - II.21.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.21.4	A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?		Sim
			Não
II.21.5	Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		A maioria dos casos (acima de 85%)
			Muitos casos (entre 75 a 84%)
			Poucos casos (entre 51 a 74%)
			A minoria dos casos (50% ou menos)
G - II.21.6	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade? Se NÃO, passar para a questão II.21.7.		Sim
			Não
G - II.21.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.21.7	A equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO): Se NÃO REALIZA TDO, passar para a questão II.21.8.		De todos os usuários diagnosticados
			Somente dos faltosos ao tratamento/acompanhamento
			Não realiza TDO
G - II.21.7/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.21.8	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)? Se NÃO, passar para a questão II.21.9.		Sim
			Não
G - II.21.8/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

II.21.9	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?		Sim
			Não
II.22 Atenção à Pessoa com Hanseníase			
G - II.22.1	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase? Se NÃO, passar para a questão II.22.2.		Sim
			Não
			Não há usuário com hanseníase no território
G - II.22.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.22.2	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?		Sim
			Não
G - II.22.3	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade? Se NÃO, passar para a questão II.22.4.		Sim
			Não
G - II.22.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.22.4	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário? Se NÃO, passar para a questão II.22.5.		Sim
			Não
G - II.22.4/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.22.5	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento? Se NÃO, passar para a questão II.22.6.		Sim
			Não
G - II.22.5/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.22.6	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?		Sim
			Não
II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico			
ET - II.23.1	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico? Se NÃO, passar para a questão II.23.5.		Sim
			Não
G - II.23.2	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos, em qualquer horário
			Dias específicos fixos, em horários específicos
			Outro(s)
G - II.23.3	Normalmente, qual é o tempo de espera para o		Dias

	primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?		Atendido no mesmo dia
II.23.4	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Consulta específica com tempo maior
			Registro da história de vida
			Oferta de algum tipo de atendimento em grupo
			Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)
			Outro(s)
			Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos
G - II.23.5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?		Sim
			Não
ET - II.23.6	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico. Se NÃO, passar para a questão II.23.7.		Sim
			Não
ET - II.23.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.23.7	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? Se NÃO, passar para a questão II.23.8.		Sim
			Não
G - II.23.7/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
ET - II.23.8	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?		Sim
			Não
G - II.23.9	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral? Se NÃO, passar para a questão II.23.10.		Sim
			Não
G - II.23.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.23.10	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?		Sim
			Não

II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência			
G - II.24.1	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência? Se NÃO, passar para a questão II.24.2.		Sim
			Não
			Não se aplica(Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
G - II.24.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.24.2	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção? Se NÃO, passar para o bloco II.25.		Sim
			Não
			Não se aplica(Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
G - II.24.2/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.24.3	Qual o tipo? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Aparelho auditivo
			Membros superiores
			Membros inferiores
			Cadeira de rodas
			Outro(s)
II.25 Práticas Integrativas e Complementares			
ET - II.25.1	A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? Se NÃO, passar para o bloco II.26.		Sim
			Não
II.25.2	Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura
			Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura
			Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)
			Plantas medicinais e fitoterapia
		Homeopatia	

		Medicina Antroposófica
		Termalismo Social/Crenoterapia
		Nenhuma das anteriores
II.25.3	A equipe realiza quais práticas integrativas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?	Reiki
		Yoga
		Ayurveda
		Florais
		Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia
		Shantala
		Talassoterapia
		Biodança
		Musicoterapia
		Dança circular
		Naturopatia
		Terapia comunitária
		Terapia com Argila
		Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)
		Arteterapia
		Outro(s)
II.25.3/1	Outro(s)	Qual? _____
II.25.4	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?	Sim
		Não
II.25.5	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?	Sim
		Não
II.25.6	A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos
		Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica
		Outro(s)
		Não realiza atividades de educação em saúde abordando as práticas integrativas e

			complementares
II.26 Promoção da Saúde			
G - II.26.1	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Se NÃO, passar para o bloco II.27. <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
			Planejamento familiar
			Gestantes e puérperas (aleitamento materno)
			Homens
			Idosos
			Alimentação saudável
			Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva
			Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território
			Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas
			Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território
			O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
			O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos
II.26.2/1	Existe documento que comprove?		Outro(s)
			Não realiza atividades de promoção à saúde
			Sim

			Não
G - II.26.3	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Práticas corporais
			Atividade física
			Outro(s)
			Não desenvolve atividade de promoção à saúde
II.27 Programa Bolsa-Família			
G - II.27.1	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família? Se NÃO, passar para o bloco II.28.		Sim
			Não
G - II.27.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.27.2	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?		Sim
			Não
II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio			
ET - II.28.1	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar? Se NÃO, passar para a questão II.28.2.		Sim
			Não
ET - II.28.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.28.2	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?		Sim
			Não
II.28.3	Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?		Sim
			Não
G - II.28.4	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)? Se NÃO, passar para a questão II.28.5.		Sim
			Não
G - II.28.4/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.28.4.1	Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar? ☐		Médico
			Enfermeiro
			Técnico/auxiliar de enfermagem
			Cirurgião-dentista
			Técnico/auxiliar de saúde bucal
			Nenhuma das anteriores
II.28.4.2	A participação dos profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios? ☐		Demanda programada
			Critérios de risco biológico e

			vulnerabilidade social identificado pela equipe
			Demanda espontânea com solicitação da família
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
G - II.28.5	No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam: Se A EQUIPE NÃO REALIZA CUIDADO NO DOMICÍLIO, passar para a questão II.28.6. <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Atendimento clínico (usuário idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio)
			Realização de procedimentos de enfermagem
			Outro(s)
			A equipe não realiza cuidado no domicílio
G - II.28.5.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.28.6	A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território? Se NÃO, passar para o bloco II.29.		Sim
			Não
G - II.28.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário			
II.29.1	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?		Sim
			Não
II.29.2	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica? Se NÃO, passar para a questão II.29.4.		Sim
			Não
G - II.29.3	Quais os canais de comunicação disponibilizados? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Telefone da unidade
			Telefone da ouvidoria
			E-mail
			Site disponível ao usuário
			Ficha para preenchimento
			Livro ou caderno
			A equipe possui relatório
G - II.29.3/1	Existe documento que comprove?		Outros
			Sim
			Não

II.29.4	Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal?		Sim
			Não
II.29.5	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?		Sim
			Não
ET - II.29.6	Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular? Se NÃO, passar para o bloco II.30.		Sim
			Não
ET - II.29.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.30 Atividades nas Escolas			
II.30.1	A equipe realiza atividades na escola? Se NÃO, passar para a questão II.30.3.		Sim
			Não
G - II.30.2	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola? Se NÃO, passar para a questão II.30.3.		Sim
			Não
G - II.30.2/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
Programa Saúde na Escola			
G - II.30.3	A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento? Se NÃO, passar para a questão II.30.4.		Sim
			Não
G - II.30.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.30.4	Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Atualização do calendário vacinal
			Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica
			Detecção de agravos de saúde negligenciados
			Avaliação antropométrica
			Avaliação oftalmológica
			Avaliação auditiva
			Avaliação psicossocial
			Avaliação nutricional
			Avaliação de saúde bucal
			Outro(s)
			Não realiza ações de avaliação clínica

G - II.30.5	Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis)
			Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas
			Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS
			Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas
			Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde
			Debate com os professores da escola
			Não realiza ações de promoção e prevenção
			Outros
			Nenhuma das anteriores
ET - II.30.6	Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE? Se NÃO SÃO REALIZADOS ENCAMINHAMENTOS DOS ESCOLARES AVALIADOS, passar para o bloco II.31.1. <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Oftalmologista
			Otorrinolaringologista
			Não são realizados encaminhamentos dos escolares avaliados
ET - II.30.6.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.31 População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas			
II.31.1	A equipe realiza ações junto à comunidades tradicionais/ assentados/população rural? Se NÃO, passar para a questão II.31.7.		Sim
			Não
			Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe
II.31.2	Para quais as populações que a equipe realiza ações?		Quilombolas
			Indígenas

	<i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Pescadores
			Ribeirinhos
			Assentados da reforma agrária
			População rural
			Caboclos
			Caiçaras
			Extrativistas
			Outro(s)
II.31.3	A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/ população rural?		Sim
			Não
			Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe
II.31.4	Quais as populações que a equipe atende? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Quilombolas
			Indígenas
			Pescadores
			Ribeirinhos
			Assentados da reforma agrária
			População rural
			Caboclos
			Caiçaras
			Extrativistas
II.31.5	Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?		Sim
			Não
II.31.6	A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?		Sim
			Não
II.31.7	Existem cisternas no território de atuação da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.31.8	Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?		Sim
			Não
II.31.9	A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxico a população rural do seu território?		Sim
			Não
			Não se aplica (Não há no seu território população rural que faça uso de agrotóxico na lavoura)
II.32 Atenção à Pessoa Tabagista			
G - II.32.1	Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas?		Sim
			Não

	Se NÃO, passar para o bloco II.33.		
II.32.2	A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Cloridrato de bupropiona
			Adesivo de nicotina
			Pastilha de nicotina
			Goma de mascar de nicotina
			Não há medicamentos para tabagismo na unidade
II.32.3	A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Atividades em grupo e individuais
			Somente atividades em grupo
			Somente Atividades individuais
			A equipe não oferece tratamento aos tabagistas
II.32.4	A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?		Sim
			Não
II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)			
Adequação da composição das equipes às necessidades do território			
NII.33.1	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?		Sim
			Não
			Não sei
NII.33.2	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Arte Educador (profissional com formação em arte e educação)
			Assistente social
			Farmacêutico
			Fisioterapeuta
			Fonoaudiólogo
			Médico pediatra
			Médico psiquiatra
			Médico Acupunturista
			Médico Homeopata
			Médico Ginecologista/Obstetra
			Médico Geriatra
			Médico Internista (Clínica Médica)
			Médico do Trabalho
	Médico Veterinário		
	Nutricionista		

			Profissional de educação física
			Psicólogo
			Sanitarista
			Terapeuta Ocupacional
			Outro
NII.33.3	Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Sim
			Não há necessidade de outra categoria no NASF
NII.33.4	Você considera que a atuação do NASF está de acordo com quais aspectos: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Necessidade/demandas da sua equipe
			Realidade epidemiológica e social deste território
			Demandas diretas dos usuários
			Outros
NII.33.5	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas? Se NÃO, passar para a questão NII.33.7.		Sim
			Não
			Não sabe/Não respondeu
NII.33.6	Indique o que foi discutido neste planejamento: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Pactuação das atividades a serem desenvolvidas
			Definição de funções e atribuições entre as equipes
			Definição de objetivos, metas e resultados da atuação do NASF
			Organização de critérios e fluxos para apoio do NASF
			Organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção
			Outros
NII.33.7	Você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe:		Muito Suficiente
			Suficiente
			Razoavelmente suficiente

			Insuficiente
			Muito Insuficiente
Acesso das Equipes ao NASF			
NIII.33.8	Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?		Em dias programados de atividades presenciais
			Por e-mail
			Por telefone
			Diretamente, a qualquer momento na própria UBS
			Mensagem de texto no celular
			Outro
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?		1 dia
			2 dias
			3 dias
			4 dias
			5 dias
			6 dias
			7 dias
			8 dias
			9 dias
			10 dias
			11 dias
			12 dias
			13 dias
			14 dias
			15 dias
			16 dias
			17 dias
			18 dias
			19 dias
			20 dias
			21 dias
			22 dias
			23 dias
			24 dias
			25 dias
			26 dias
			27 dias
			28 dias

			29 dias
			30 dias
			Mais de 30 dias
NIII.33.10	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado:		Sempre
			Na maioria das vezes
			Às vezes
			Raramente
			Nunca
NIII.33.11	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?		Sim
			Não
NIII.33.12	Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares com sua equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/Não respondeu
NIII.33.13	Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?		Semanal
			Quinzenal
			Mensal
			Sem periodicidade definida
NIII.33.14	Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?		Sim
			Não
			Não sabe/ Não respondeu
NIII.33.15	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?		Encaminhamentos por escrito
			Discussão de casos
			Consultas compartilhadas
			Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
			Outros
NIII.33.16	Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas? Se NÃO, passar para a questão NII.33.17.		Sim
			Não
NIII.33.16.1	Nessas situações imprevistas, sua equipe consegue fazer contato com o NASF? Se NÃO, passar para a questão NII.33.17.		Sim
			Não
NIII.33.16.2	Por quais meios os profissionais do NASF podem ser acionados nessas situações?		Telefone pessoal
			E-mail
			Mensagem de texto
			Outro
Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico-Assistencial			

NIII.33.17	Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?		Consultas compartilhadas
			Consultas individuais do profissional do NASF
			Planejamento e avaliação de ações
			Grupos terapêuticos ou de educação em saúde
			Visitas domiciliares
			Intervenções na comunidade
			Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares)
			Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas
			Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF
			Discussão de temas / ações de educação permanente
			Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional
			Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada
NIII.33.18	Os profissionais do NASF realizam ações com pessoas das seguintes faixas etárias?		Apoio à organização do processo de trabalho da equipe
			Crianças
			Adolescentes
			Adultos
			Idosos
			Saúde mental

NIII.33.19	Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe		Atenção materno-infantil
			Atenção às pessoas com doenças crônicas
			Atenção às pessoas com deficiências e Reabilitação
			Atenção nutricional
			Assistência farmacêutica
			Práticas Integrativas e Complementares
			Saúde do Trabalhador
			Apoio à organização do processo de trabalho da equipe
			Outras
Resolutividade da AB a partir do trabalho do NASF			
	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações:		
	NIII 33.20.1 Resolver as necessidades dos usuários		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	NIII33.20.2 Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	NIII 33.20.3 Qualificação dos encaminhamentos necessários		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	NIII 33.20.4 Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	NIII 33.20.5 Melhoria dos indicadores de saúde da população do território		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	NIII 33.20.6 Ações e verificação de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	NIII 33.20.7 Ampliação do acesso da população, por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NIII.33.21	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10