Estratégia Concursos

Aula 00

Legislação do SUS p/ SEMSA Manaus (Com Videoaulas) - IBFC

Autor:
Ligia Carvalheiro Fernandes

24 de Abril de 2020

Sumário

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 2

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 11

PORTARIA 2436/17 11

LISTA DE QUESTÕES 62

LISTA DE QUESTÕES COMENTADAS 70

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esta disciplina penetra no conteúdo de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos, de Redes de Atenção à Saúde, dentre outras. Logo, complemente seu estudo com tais aulas para ampliar seu entendimento sobre esse tema.



Podemos definir "Atenção Primária", conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como: conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

É exercida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitadas, 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 de universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

> A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas às novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

FUNÇÕES DA APS

Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população.

Organização: visa organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde no sistema de serviços de saúde.

Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde que estejam.

PRINCÍPIOS

A APS deve ser orientada pelos seguintes princípios: Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Abordagem Familiar, Enfoque Comunitária.

PRIMEIRO CONTATO

A APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviço de saúde.

A acessibilidade possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços, ou seja, é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Portanto, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema de saúde.



Para Donabedian, o acesso pode ser classificado em sócio organizacional e geográfico. O primeiro diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos que chegarem ao atendimento. O segundo envolve às características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

A acessibilidade pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

- **disponibilidade** diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência / emergência quanto de eletividade.
- **comodidade** está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.
- **aceitabilidade** está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado, e, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

LONGITUDINALIDADE

Pode ser traduzida como “lidar com o crescimento e às mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. É uma relação pessoal de longa duração entre profissional de saúde e usuários em suas unidades de saúde independente do problema de saúde ou mesmo da existência de algum problema.

Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos usuários, menos hospitalizações, custos totais mais baixos.

Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo como profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica.

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

A integralidade exige que a APS reconheça às necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para às necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para às necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.

Para tal, faz-se necessário:

- Diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita.

- O atendimento pela unidade básica de saúde, prevenção de doenças e agravos, restauração e manutenção da saúde.
- Organização das redes de atenção à saúde para prestar atendimento às demais necessidades: identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio, o sistema logístico (transporte sanitário, central de agendamento de consultas etc.).

COORDENAÇÃO

Coordenação é, portanto, um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS pois, nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA

Remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.

Na história da humanidade, às organizações familiares vem se diferenciado por meio dos tempos (dependendo do contexto sócio econômico, dos valores, dos aspectos culturais e religiosos da sociedade, em que se encontram inseridos) fazendo com que haja mudanças no conceito, na estrutura e na composição das famílias.



No Brasil, atualmente, tem-se adotado um conceito ampliado, e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sob o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como às demais pessoas significativas que convivam na mesma residência qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Essas situações permitem que a equipe estabeleça de forma natural um vínculo com o usuário e sua família, facilitando a aceitação da investigação e da intervenção, quando necessária.

A associação da equipe com o usuário e sua família é um requisito básico para a abordagem familiar e fundamenta-se no respeito à realidade e às crenças da família, por parte da equipe de saúde.

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

A APS como orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida.

Para tanto, faz-se necessário:

- definir e caracterizar a comunidade
- identificar os problemas de saúde da comunidade
- modificar programas para abordar esses problemas
- monitorar a efetividade das modificações do programa.

No Brasil, os agentes comunitários de saúde reforçam a orientação comunitária e possibilitam o vínculo entre às equipes de saúde e às respectivas comunidades.

CONDIÇÕES CRÔNICAS

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos dos agravos - normalmente, momentos de agudização das condições crônicas, auto percebidos pelas pessoas - através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando às condições crônica, insidiosamente, evoluem.

POR FIM....

Por que a atenção primária à saúde é importante?

Renovar a atenção primária à saúde e colocá-la no centro dos esforços para melhorar a saúde e o bem-estar é fundamental por três razões:



1) A atenção primária à saúde está bem posicionada para poder responder às rápidas mudanças econômicas, tecnológicas e demográficas, que impactam a saúde e o bem-estar.

2) A atenção primária à saúde é uma forma altamente eficaz e eficiente de agir sobre as principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar, bem como de lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde e o bem-estar no futuro. Também tem se mostrado um investimento custo-efetivo, pois há evidências de que a atenção primária de qualidade reduz os gastos totais em saúde e melhora a eficiência, por exemplo, reduzindo as internações hospitalares.

A atenção primária à saúde também inclui os principais elementos necessários para melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde, como epidemias e resistência antimicrobiana, por meio de medidas como educação e engajamento comunitário, prescrição racional e um conjunto básico de funções essenciais de saúde pública, incluindo vigilância.

O fortalecimento dos sistemas na comunidade com a descentralização dos serviços de saúde contribui para a construção de resiliência, o que é fundamental para resistir a choques nos sistemas de saúde.

3) Uma atenção primária à saúde mais forte no mundo é essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde e à cobertura universal de saúde.

Contribuirá para alcançar objetivos que vão além do objetivo específico de saúde, incluindo aqueles ligados à pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água potável e saneamento, trabalho e crescimento econômico, redução da desigualdade e ação climática.

A fim de contribuir para que o Sistema Único de Saúde do Brasil alcance uma APS forte, a OPAS/OMS apresentou ainda as seguintes propostas no relatório "30 anos de SUS – Que SUS para 2030?":

- Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, tele consulta, e-mail, aplicativos).
- Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes.
- Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
- Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível.
- Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
- Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma), de forma presencial ou à distância.
- Informatizar as Unidades Básicas de Saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores; disponibilizar Registro Eletrônico em Saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca, permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.
- Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contrarreferência.
- Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes.
- Garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
- Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da atenção primária (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
- Ter estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para atenção primária à saúde em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
- Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telemonitoramento, NASF, matriciamento), de forma presencial ou à distância.
- Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
- Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
- Promover estratégias de defesa e fortalecimento da atenção primária à saúde, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.

- Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.
- Favorecer a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não-presenciais, ouvidoria, entre outros.
- Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.



Na PNAB, logo a seguir, falaremos muito sobre a Estratégia Saúde da Família. Vale ressaltar de antemão, que seus princípios norteadores são:

• Integralidade e Hierarquização: A USF está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas.

• Territorialização e Adscrição da Clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população.

• Equipe Multiprofissional: composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio.

• Caráter Substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.

E, por fim, para complementar, já ouviu falar do e-SUS AB?



O **e-SUS AB** é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A Estratégia e-SUS AB preconiza:

● Individualizar o registro: registro individualizado das informações em saúde, para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos;

● Integrar a informação: integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, a partir do modelo de informação;

● Reduzir o retrabalho na coleta de dados: reduzir a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas) ao mesmo tempo;

● Informatizar as unidades: desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas e o estímulo à informatização dos serviços de saúde;

● Gestão do cuidado: introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais na perspectiva de realizar a gestão do cuidado

● Coordenação do cuidado: a qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

A estratégia é composta por dois sistemas:

● SISAB, sistema de informação nacional vigente para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas a AB, com a finalidade de construção do conhecimento e tomada de decisão para as três esferas de gestão. Além disso, corrobora para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e

● Sistema e-SUS AB, composto por dois softwares para coleta dos dados: ○ Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação; ○ Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico (objeto deste manual), que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS



Ano: 2019 Banca: COSEAC Órgão: UFF

Uma das principais estratégias para ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental é a priorização das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Para o melhor manejo da saúde mental na Atenção Primária à Saúde, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes, por meio:

A do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental.

B do acolhimento prioritário a pessoas que apresentem intenso sofrimento psíquico, excluindo os transtornos relacionados a álcool e drogas.

C do aumento gradual, planejado e com resolutividade de leitos em hospitais psiquiátricos.

D de ações fundamentadas nos preceitos da assistência curativa e de práticas coadjuvantes.

E de iniciativas compartilhadas com hospital-dia e farmácia populares.

Resposta

A partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica. As principais diretrizes para esta articulação são:

. Apoio matricial de saúde mental às equipes de ESF: aumento da capacidade resolutiva das equipes;

. Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica;

. Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica;

Uma das principais estratégias propostas é a criação de equipes de apoio matricial, cuja função consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica.

Alternativa: A.

Ano: 2013 Banca: FUNCAB Órgão: SESACRE

Marque a alternativa correta. Como é caracterizada a atenção primária à saúde?

A Pelo conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual, abrangendo atividades de prevenção.

B Pelo conjunto de intervenções de saúde, de caráter curativo e individual, abrangendo atividades de socialização entre os usuários e os técnicos.

C Pelo conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

D Como lugares institucionais onde se prestam serviços a todos os pontos de atenção em saúde, através dos sistemas de diagnóstico, terapêutico e farmacêutico.

E Como pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas.

Resposta

As palavras chaves são: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Alternativa: C.

Ano: 2016 Banca: IDHTEC Órgão: Prefeitura de Itaquitinga - PE

Reconhecer e atender às necessidades de saúde da população e, quando necessário, referenciar para outros pontos de assistência da rede, refere-se a que princípio da atenção primária à saúde?

A Integralidade.

B Primeiro contato.

C Resolutividade.

D Longitudinalidade.

E Equidade.

Resposta

Equilíbrio de ações para promover saúde, prevenir e tratar e reabilitar, além da abordagem conjunta dos aspectos fisiológicos, patológicos, psicoemocionais, familiares e sociais do usuário.

Alternativa: A.

Ano: 2015 Banca: INSTITUTO AOCP Órgão: EBSERH

São atributos relacionados à Atenção Primária em Saúde no Brasil, EXCETO

A primeiro contato.

B descentralização de serviços especializados.

C longitudinalidade do cuidado.

D orientação para comunidade.

E foco na família.

Resposta

São eles:

- Primeiro contato: acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio do mesmo problema.

- Continuidade (Longitudinalidade): a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.

- Integralidade: a atenção Primária deve organizar-se de forma tal que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários isto implica a referência à atenção secundária ou terciária.

- Coordenação: exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/registros ou ambos), assim como a identificação de problemas abordados em outro serviço e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente.

- Atenção centrada na família (orientação familiar): conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças.

- Orientação comunitária: refere-se ao conhecimento do profissional sobre às necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- Competência cultural: refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

Alternativa: B.

Ano: 2016 Banca: Serctam Órgão: Prefeitura de Quixadá - CE

São princípios norteadores da Estratégia de Saúde da Família:

A Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território; planejamento, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias; acolhimento e marcação de consultas.

B Integralidade e hierarquização; territorialização e adscrição da clientela; equipe multiprofissional; caráter substitutivo.

C Integralidade; territorialização; a educação em saúde; a interdisciplinaridade; participação social; a educação permanente em saúde e a humanização

D Vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

E Equipe multiprofissional; caráter substitutivo, vigilância sanitária; vigilância epidemiológica.

Resposta

Vimos que os princípios norteadores incluem:

*Integralidade e Hierarquização

*Territorialização e Adscrição da Clientela

*Equipe Multiprofissional

*Caráter Substitutivo

Alternativa: B.

Tudo que vimos até agora está entranhado na PNAB, no entanto, para fins de prova, vale olhá-la na íntegra para não "escorregar" nas questões.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PORTARIA 2436/17

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.
Para esta Política, considera-se equivalente os seguintes termos:

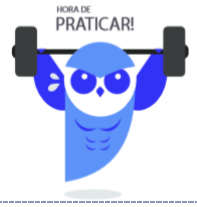
ATENÇÃO BÁSICA ⟷ ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Art. 2º A **ATENÇÃO BÁSICA** é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Note a integralidade das ações!

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Lembra das outras portas: CAPS, Urgência e Emergência e Portas Especiais.



Ano: 2019 Banca: COSEAC Órgão: UFF

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436 de setembro de 2017, considera que a Atenção Básica:

A é uma ação subsequente à Atenção Primária à Saúde, com princípios e diretrizes pactuadas na Reunião da Comissão Intergestores e de operacionalização nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

B é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

C será ofertada gradativa e parcialmente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

D é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Saúde da Família, potencial espaço de educação, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Unidade Básica.

E adotará estratégias, de caráter transitório, para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na rede de atendimento à saúde compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade/território.

Resposta

Art. 2º na veia! Releia.

Alternativa: B.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e **GRATUITAMENTE** a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.
§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

Qual princípio aqui? Universalidade de acesso!



Ano: 2019 Banca: IESES Órgão: Prefeitura de São José - SC

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica 2017 é INCORRETO afirmar:

A A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

B A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

C A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

D A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

Resposta

O erro está na última, visto que o acesso é universal, como descrito também na Lei 8080/90.

Alternativa: E.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

PRINCÍPIOS	a) Universalidade; b) Equidade; c) Integralidade.
DIRETRIZES	a) Regionalização e Hierarquização, b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na **Saúde da Família** sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.
Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Ou seja, a ideia é que tudo convirja para o modelo da Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a **Vigilância em Saúde e Atenção Básica** é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.



Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria **serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS.**

Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades **COMUMS** a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a **reorientação do modelo de atenção e de gestão** com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;
II - apoiar e estimular a adoção da **Estratégia Saúde da Família** - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
III - garantir a **infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento** das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;
IV - contribuir com o **financiamento tripartite** para fortalecimento da Atenção Básica;
V - assegurar ao usuário o **acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS**, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;
VI - estabelecer, nos respectivos **Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde**, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;
VII -desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de **qualificação da força de trabalho** para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;
VIII - garantir provimento e estratégias de **fixação de profissionais** de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;
IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os **Sistemas de Informação** da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;
X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para **transporte em saúde**, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;
XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da **Atenção Básica nos territórios**;
XII - estabelecer mecanismos de **autoavaliação, controle, regulação** e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;
XIII - **divulgar as informações e os resultados** alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;
XIV - promover o **intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores**, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;
XV - estimular a **participação popular e o controle social**;
XVI - garantir **espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde,** para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de **assistência farmacêutica** e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;
XVIII - adotar estratégias para garantir um **amplo escopo de ações e serviços** a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;
XIX - estabelecer mecanismos regulares **de auto avaliação para as equipes** que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e
XX -**articulação com o subsistema Indígena** nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Agora será visto individualmente a questão de cada ente.

Art. 8º Compete ao **Ministério da Saúde** a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:
I -definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na **Comissão Intergestores Tripartite (CIT),** as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;
II - garantir fontes de **recursos federais** para compor o financiamento da Atenção Básica;
III - **destinar recurso federal** para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;
IV - prestar **apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios** no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;
V - definir, de forma **tripartite**, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;
VI - estabelecer, de forma **tripartite**, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
VII - **articular com o Ministério da Educação** estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e
VIII -apoiar a articulação de instituições, em **parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal,** para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às **Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal** a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:
I - pactuar, na **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;
II - destinar **recursos estaduais** para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;
III - ser corresponsável pelo **monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios**;
IV - analisar os dados de **interesse estadual** gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V -verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação **enviados pelos municípios,** de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;
VI - divulgar periodicamente os relatórios de **indicadores da Atenção Básica**, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;
VII - **prestar apoio institucional aos municípios** no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
VIII - definir **estratégias de articulação com as gestões municipais**, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
IX - **disponibilizar aos municípios** instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;
X - articular instituições de ensino e serviço, em **parceria com as Secretarias Municipais de Saúde**, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e
XI -**fortalecer a Estratégia Saúde da Família** na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às **Secretarias Municipais de Saúde** a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:
I -**organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica**, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
II - programar as ações da Atenção Básica a partir de **sua base territorial** de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;
III - **organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado**, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.
IV -estabelecer e adotar mecanismos de **encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica** de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;
V - **manter atualizado mensalmente o cadastro** de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;
VI - **organizar os serviços** para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;
VII - fomentar a **mobilização das equipes** e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;
VIII - destinar **recursos municipais** para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
IX - ser **corresponsável,** junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;
X - **inserir a Estratégia de Saúde da Família** em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;
XI -**prestar apoio institucional às equipes e serviços** no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
XII - **definir estratégias** de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XIII -desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para **formação e garantia de educação permanente e continuada** aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;
XIV - **selecionar, contratar e remunerar os profissionais** que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;
XV -**garantir recursos materiais, equipamentos e insumos** suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;
XVI - **garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial** necessário ao cuidado resolutivo da população;
XVII -alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos **dados inseridos** nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;
XVIII - **organizar o fluxo de pessoas,** visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e
IX - **assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais** que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.



Ano: 2017 Banca: FCC Órgão: TRT - 11ª Região (AM e RR)

De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica tem como estratégia prioritária para sua organização

A a Saúde da Família.

B a Saúde do Idoso portador de doença crônica.

C os Procedimentos de média complexidade.

D o Programa Nacional de Vacinação de crianças.

E a Saúde Mental.

Resposta

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.

Alternativa: A.

Veja que tudo que está em negrito, já dá a dica do ente a qual se refere.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.
Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.
Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Agora vejamos quanto a operacionalização. Alguns conceitos se repetem - o que significa menos itens a gravar ;)

OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

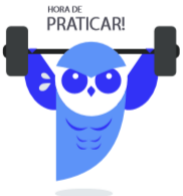
A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que **define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral** e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas , produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

SAÚDE DA FAMÍLIA → ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA PARA EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Tantos conceitos estão juntos aqui! Integralidade, Universalidade, importância dos determinantes e condicionantes na definição do que é saúde, aplicação da definição de Vigilância Epidemiológica, dentre outros.



Ano: 2017 Banca: FCC Órgão: TRE-SP

Para orientar a comunidade quanto ao acesso aos serviços de saúde, o técnico de enfermagem deve estar ciente que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde deve ser, preferencialmente,

A a Atenção Básica.

B o Pronto Socorro.

C as clínicas especializadas.

D o Conselho de Saúde local.

E os Setores de alta complexidade.

Resposta

A atenção básica é desenvolvida com descentralização, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Alternativa: A.

1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1 - Princípios

- Universalidade: possibilitar o **acesso universal e contínuo** a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

[...] As equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

Isso é acolhimento.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.
Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Aqui tem mistura de equidade e universalidade.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.

Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Ou seja, os **PRINCÍPIOS** DA **ATENÇÃO BÁSICA** são:

UNIVERSALIDADE	EQUIDADE	INTEGRALIDADE

1.2 - Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses.
Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.

Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

> **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.
O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

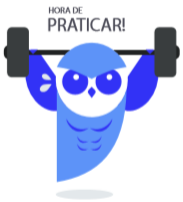
- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas , evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

- Ordenar as redes: 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 o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organi ção dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do c



Ano: 2016 Banca: UFCG Órgão: UFCG

Entre as diversas estruturas criadas pelo Estado para tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) uma realidade citam-se: estruturas de caráter financeira, político-organizacional e territorial. Sendo que, a estruturação territorial do SUS que vem sendo feita no Brasil, denomina-se:

A Territorialização do atendimento à saúde.

B Territorialização dos serviços em saúde.

C Territorialização da estrutura da saúde.

D Territorialização da saúde da família.

E Territorialização da saúde.

Resposta

Fácil, por ser tema da aula. Trata-se da Territorialização da saúde.

Alternativa: E.

Ou seja, as diretrizes da Atenção Básica são:

REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO	TERRITORIALIZAÇÃO E ADSCRIÇÃO	CUIDADO CENTRADO NA PESSOA
RESOLUTIVIDADE	LONGITUDINALIDADE	COORDENAÇÃO DO CUIDADO
ORDENAÇÃO DE REDES	PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	

2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Para tanto, para que a Atenção seja a principal porta de entrada, é necessário que ela possua **alta resolutividade**, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.



Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Tarefa básica da Regulação!

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de **TELESSAÚDE** articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:
a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.



Ano: 2015 Banca: Instituto Legatus Órgão: Prefeitura de Pau D'Arco - PI

A Territorialização na Estratégia Saúde da Família consiste em:

A Delimitar o território de atuação da equipe e as microáreas dos agentes comunitários de saúde;

B Desenhar o mapa do território adscrito;

C Cadastrar as famílias residentes no território adscrito;

D Realizar visitas domiciliares às famílias do território;

E Fazer o reconhecimento do território adscrito, mapear a área, levantar problemas de saúde da população, elaborar diagnóstico e o planejamento estratégico das ações de saúde.

Resposta

Perceba que não há grandes erros nas outras, o problema é que é muito mais do que um item ou outro.

Alternativa: E.

3 - INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1 Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários.

Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Já estudou Humanização? Lá fala sobre a ambiência.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar:

- recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e garantir privacidade à pessoa),
- identificação dos serviços existentes,
- escala dos profissionais,
- horários de funcionamento e sinalização de fluxos,
- conforto térmico e acústico, e
- espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Isso permite a desconstrução de barreiras, facilita a comunicação, traz conforto ao usuário e colabora com o vínculo.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2 Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

- → consultório médico e de enfermagem,
- → consultório com sanitário,
- → sala de procedimentos,
- → sala de vacinas,
- → área para assistência farmacêutica,
- → sala de inalação coletiva,
- → sala de procedimentos,
- → sala de coleta/exames,
- → sala de curativos,
- → sala de expurgo,
- → sala de esterilização,
- → sala de observação e
- → sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica.

E com relação às Salas Administrativas:

- → área de recepção,
- → local para arquivos e registros,
- → sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea ,
- → sala de administração e gerência,
- → banheiro público e para funcionários,
- → entre outros ambientes conforme a necessidade.

Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

- → consultório médico;
- → consultório de enfermagem;
- → área para assistência farmacêutica,
- → laboratório,

→ sala de vacina;
→ sala de procedimentos;

Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo.

E com relação às Salas Administrativas:

→ área de recepção,
→ banheiro público;
→ banheiro exclusivo para os funcionários;
→ expurgo;
→ cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe;
→ cozinha e
→ outros ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:
→ compressor para uso odontológico com sistema de filtragem;
→ aparelho de raios-x para radiografias periapicais e interproximais;
→ aventais de chumbo;
→ conjunto peças de mão contendo micromotor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação;
→ gabinete odontológico;
→ cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico;
→ unidade auxiliar odontológica;
→ mocho odontológico;
→ autoclave; amalgamador;
→ fotopolimerizador; e
→ refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com:

- carga horária mínima de 40 horas/semanais,
- no mínimo 5 (cinco) dias da semana e
- nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

a. **População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.**

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

b. (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.
c. Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula:

População/2.000.

Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

Padrões Ampliados -ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.



Os serviços dos **padrões essenciais**, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional.	Já o elenco de **ações e procedimentos ampliados** deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

→ Identificação e horário de atendimento;
→ Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
→ Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
→ Relação de serviços disponíveis; e
→ Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4 - Tipos de Equipes:

1 - Equipe de Saúde da Família (eSF):

É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo:

Equipe Básica de Saúde da Família

Médico (preferencialmente especialista em medicina da família)	Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família)	Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	Agente Comunitário da Saúde

Pode ser acrescida de:

Agente de Combate às Endemias	Profissionais de Saúde Bucal como Cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar/técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2 - Equipe da Atenção Básica (eAB):

Esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

Equipe Básica da Atenção Básica

Médico (preferencialmente especialista em medicina da família)	Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família)	Auxiliar e/ou técnico de enfermagem

Pode ser acrescida de:

Agente de Combate às Endemias	Dentistas	Auxiliar / Técnico de Saúde Bucal	Agente Comunitário de Saúde

.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de **RESPONSABILIDADE DO GESTOR**, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB):

Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, **constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.**

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;
Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica.

É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população.



Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.



São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF:

*discussão de casos,

*atendimento conjunto ou não,

*interconsulta,

*construção conjunta de projetos terapêuticos,

*educação permanente,

*intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade,

*ações intersetoriais,

*ações de prevenção e promoção da saúde,

*discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Abaixo, preste bem atenção, visto que algumas profissões podem causar dúvidas e são as que mais caem. Coloquei em azul!

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, **Médico Veterinário**, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e **profissional de saúde sanitarista**, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A **definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local**, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios.

Complementando, temos as seguintes modalidades NASF:



Modalidade	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas.	Mínimo 200 horas semanais Cada ocupação deve ter mínio 20h e máximo 80h/semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas.	Mínimo 120 horas semanais Cada ocupação deve ter mínio 20h e máximo 40h/semanal.
NA SF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas.	Mínimo 80 horas semanais Cada ocupação deve ter mínio 20h e máximo 40h/semanal.



Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: Câmara Legislativa do Distrito Federal

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Do Código Brasileiro de Ocupações (CBO), poderão compor os NASF, dentre outras, as seguintes ocupações:

A enfermeiro e engenheiro de produção.

B administrador e médico sanitarista.

C sociólogo e profissional com formação em arte e educação (educador).

D assistente social e advogado.

E profissional/professor de educação física e médico veterinário.

Resposta

Repetindo: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. Observe que advogado, sociólogo e engenheiro não fazem parte do grupo.

Alternativa: E.

Ano: 2017 Banca: NUCEPE Órgão: FMS

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica, para populações específicas. Sobre o Nasf NÃO é correto afirmar:

A O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial.

B Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, sendo um ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.

C Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais.

D Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.

E Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Resposta

Vamos a um resumão:

Pode-se afirmar, então, que o Nasf:

- **É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.**

• Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas NÃO é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.

• Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais.

• Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e imprevistas.

• Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).

• Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.

• Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.

• Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Alternativa: B.

5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica.

São itens necessários à implantação desta estratégia:

a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c. o cumprimento da carga horária integral de **40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários**, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e

h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5 - EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde às populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território.

Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6 - ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira:

Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

A. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e **cujo acesso se dá por meio fluvial** e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por:

Equipe Equipes de Saúde da Família Ribeirinha

Médico (preferencialmente especialista em medicina da família)	Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família)	Auxiliar e/ou técnico de enfermagem

Pode ser acrescida de:

Agente Comunitário da Saúde	Agente de Combate às Endemias	Profissionais de Saúde Bucal como Cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar/técnico em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e **deverão residir na área de atuação.**

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

> Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

B. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por:

Equipe Equipes de Saúde da Família Fluvial

Médico (preferencialmente especialista em medicina da família)	Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família)	Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	Técnico de Laboratório e/ou Bioquímico

Pode ser acrescida de:

Agente Comunitário da Saúde	Agente de Combate às Endemias	Profissionais de Saúde Bucal como Cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar/técnico em saúde bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf - AB.

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a **cada 60 (sessenta) dias,** para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

C - Equipe de Consultório na Rua (eCR) -

Equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar **atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua** ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma **ITINERANTE**, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em **parceria com as demais equipes** que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de **30 horas.** Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

> Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O **agente social**, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica. Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

D - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP):

São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**, que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar

suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas

- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

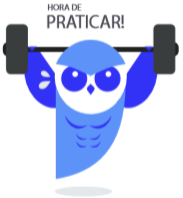
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.



Ano: 2019 Banca: SELECON Órgão: Prefeitura de Campo Grande - MS

Conforme Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, são atribuições comuns a todos os membros que atuam na Atenção Básica:

A realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários

B alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica conforme normativa vigente

C indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa

D realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos

Resposta

Volte lá no Item XV e veja como foi cobrado literal: "Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente".

Alternativa: B.

Ano: 2013 Banca: FUNDEP (Gestão de Concursos) Órgão: CISSUL – MG

No âmbito da Atenção Básica a Saúde, são atribuições comuns a todos os profissionais de saúde, EXCETO:

A Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

B Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal.

C Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.

D Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, exclusivamente no âmbito da unidade de saúde.

Resposta

O erro está na "D", decido ao "exclusivamente". Ex. Atenção domiciliar não ocorre na unidade de saúde.

Alternativa: D.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Foque na sua área de atuação e no cargo de Gerente para a especificidade de cada profissão, pois é assim que costuma ser cobrado!!!

4.2.1 - Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e
III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1 - Médico:

I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e
VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no

domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
XVII - Processar filme radiográfico;
XVIII - Selecionar moldeiras;
XIX - Preparar modelos em gesso;
XX - Manipular materiais de uso odontológico.
XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,
IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
VII - Processar filme radiográfico;
VIII - Selecionar moldeiras;
IX - Preparar modelos em gesso;
X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

> Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com **nível superior**, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações.

Importante ressaltar que o gerente **NÃO** seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;
IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;
V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;
VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e
XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;
VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;
II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;
IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e
V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e
VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
XV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
XVII - Processar filme radiográfico;
XVIII - Selecionar moldeiras;
XIX - Preparar modelos em gesso;
XX - Manipular materiais de uso odontológico.
XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,
IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
VII - Processar filme radiográfico;
VIII - Selecionar moldeiras;
IX - Preparar modelos em gesso;
X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
XII -. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

> Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações.

Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
XIV -Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;
IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;
V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
IX.-Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e
XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b)Atribuições do ACS:
I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;
VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, **assistidas por profissional de saúde de nível superior**, membro da equipe, **após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados**, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Acreditem! Isso está sendo uma grande discussão com o Conselho Federal de Enfermagem, que se posiciona, de certa forma contra, conforme o Parecer COFEN 01/18. Dê uma olhada, se você for da enfermagem!

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;
II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;
III - Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;
IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e
V - Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e
VI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.
O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I - Definição do território e Territorialização

A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc.

Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

II - Responsabilização Sanitária

Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões:

- sanitárias,
- ambientais (desastres, controle da água, solo, ar),
- epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos),
- culturais e socioeconômicas,

[...] contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados etc.) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial

A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc).

Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

Note que o Sistema de Referência e Contrarreferência é como um "passaporte" de ida e volta pelos diferentes níveis do SUS.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V - Acesso

A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante).

Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI - O **acolhimento** deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Acolhimento não é tarefa somente de profissional da saúde, mas de todo profissional que atue nos Serviços de Saúde.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva etc.), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também

contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.
c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.
As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;
4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e
5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco:
É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde,

com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite.

Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos.

Aprofundando....

> Entende-se por ferramentas de **Gestão da Clínica** um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras.
>
> Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX - **Realização de ações de atenção domiciliar** destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as **necessidades de saúde da população**, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

XI - **Implementação da Promoção da Saúde** como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado.

Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB:

- alimentação adequada e saudável;
- práticas corporais e atividade física;
- enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados;
- enfrentamento do uso abusivo de álcool;
- promoção da redução de danos;
- promoção da mobilidade segura e sustentável;
- promoção da cultura de paz e de direitos humanos;
- promoção do desenvolvimento sustentável.

XII - **Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos** em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho.

A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:
a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

XIII - Desenvolvimento de **ações educativas** por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV - Desenvolver **ações intersetoriais**, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV - Implementação de **diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão**, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI - Participação do **planejamento local de saúde**, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente.

XVII - Implantar estratégias de **Segurança do Paciente na AB,** estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII - Apoio às **estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social**, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX - **Formação e Educação Permanente em Saúde**, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica.

> Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde.

Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano.

Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

6. DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser **TRIPARTITE** e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS.

No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:
I - Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;
II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;
III - Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;
IV - Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;
V - Recursos de investimento.

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012. **(Tem aula específica disso!)**

I - Recurso per capita:
O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.
A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.	**Equipe de Atenção Básica (eAB):** os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.
Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente	**Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF):** os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente

no mês anterior ao da respectiva competência financeira.	no mês anterior ao da respectiva competência financeira.
Equipes Consultório na Rua (eCR) Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.	**Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)** O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASFAB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;
a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;
b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e
c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:
a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e
b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:



a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente;
b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;
II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;
III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e < >- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.
As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.
Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável.

A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:
- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;
- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e
- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria.

Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

LISTA DE QUESTÕES

1. Ano: 2019 Banca: FUNCERN Órgão: Prefeitura de Apodi - RN

A portaria nº 2.436/2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre a PNAB, é correto afirmar:

A recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde funcionem com carga horária mínima de 20 horas/semanais, no mínimo 3 dias da semana e em 10 meses do ano.

B destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica: o Acolhimento com Classificação de Risco e a Estratificação de Risco.

C às equipes de saúde da família, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 50% da população com número máximo de 250 pessoas por Agente Comunitário de Saúde.

D é atribuição do técnico de enfermagem, na atenção básica, realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos e atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde.

2. Ano: 2019 Banca: COMPERVE Órgão: Prefeitura de Parnamirim - RN

De acordo com Figueiredo (2013), a responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família e de populações específicas garante a essas equipes maiores segurança no encaminhamento, com base nos processos de referência e contra referência, e atua no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde. Assim, principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas e as necessidades de saúde, esse sistema permite materializar diretamente o princípio do SUS conhecido como

A participação social.

B controle social.

C integralidade

D igualdade

3. Ano: 2019 Banca: COSEAC Órgão: UFF Prova: COSEAC - 2019 - UFF - Enfermeiro

Em relação à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), observe as afirmativas a seguir.

I A PNAB é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

II Esta Política Nacional de Atenção Básica tem no Programa “Mais Médicos” sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

III A PNAB estabelece que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, dos quais grande parte pode ser abordada na Atenção Curativa e ambulatórios de especialidades.

IV O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode constituir-se como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.

Das afirmativas acima, estão corretas apenas:

A I e III.

B II e IV.

C I e IV.

D II e III.

E I e II.

4. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH

Acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item a seguir.

Por ser bipartido entre a União e os estados, o financiamento do SUS contribui para o fortalecimento da atenção básica em saúde.

5. Ano: 2016 Banca: IF-RS Órgão: IF-RS

Sobre o acolhimento na Atenção Básica, está INCORRETO:

A Múltiplos aspectos técnicos e político-institucionais precisam ser mobilizados para obtermos êxito na implementação do acolhimento. Porém, independente do formato que venha a ser implementado, é fundamental que o protocolo adotado seja rigidamente seguido.

B Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores.

C O acolhimento na atenção básica tem sempre uma preocupação em ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe, sendo que o fluxograma de organização do acolhimento deve ser tomado como um ponto de partida possível.

D O fluxograma de acolhimento deve ser tomado como um modo de facilitar o acesso e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

E Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas.

6. Ano: 2017 Banca: FUNRIO Órgão: SESAU-RO

Avalie, com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), se as afirmativas a seguir a respeito da Atenção Básica são falsas (F) ou verdadeiras (V):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

As afirmativas são respectivamente:

A F, F e V.

B V, F e V.

C V, V e V

D F, V e F.

E V, V e F.

7. Ano: 2010 Banca: AOCP Órgão: FESF-SUS

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família, EXCETO

A implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento.

B desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença.

C definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde.

D trabalho multiprofissional fragmentado e compartimentalizado.

E apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

8. Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre a atenção básica, é correta afirmar que:

A tem como princípio a regionalização, a universalidade e a integralidade.

B é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

C tem, entre suas diretrizes, a equidade, resolutividade e longitudinalidade do cuidado.

D tem a Estratégia Saúde da Família como modelo único e prioritário para a expansão e a consolidação da Política Nacional da Atenção Básica.

9. Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

Assinale a alternativa correta referente à definição de atenção básica de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

A Conjunto de ações especializadas realizadas nas unidades de pronto atendimento, nos hospitais e outras unidades. Nestes estabelecimentos podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas.

B Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

C Trata-se de uma organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, presentes nos serviços de urgência e emergência. A organização é feita com base em macro e microrregiões de cada estado, devendo apresentar tanto ambulatórios como hospitais, bem como competência para dar assistência a cidadãos internados e disponibilizar tratamento adequado às enfermidades.

D Principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conjunto de ações de saúde com o objetivo de garantir que procedimentos vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida. Integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, é organizada em polos macrorregionais, através do sistema da referência.

10. Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: Câmara Legislativa do Distrito Federal

Conforme está previsto na Política Nacional de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, é atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

A trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida.

B notificar ao Conselho Tutelar e/ou Ministério Público casos apurados de suposta negligência nos cuidados de saúde de crianças e idosos por cuidador ou familiar responsável.

C encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando os fluxos locais.

D executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças.

E participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos dentro de seu microterritório de atuação.

11. Ano: 2016 Banca: CONSULPLAN Órgão: Prefeitura de Cascavel - PR

O integrante da Equipe de Atenção Básica que exerce o papel de “elo” entre a comunidade e a equipe é o:

A Médico.

B Enfermeiro.

C Técnico de enfermagem.

D Agente comunitário de saúde.

E Recepcionista da unidade básica de saúde.

12. Ano: 2018 Banca: COMPERVE Órgão: SESAP-RN

A atual Política Nacional de Atenção Básica define atribuições para os profissionais nesse nível da atenção. Uma dessas atribuições é "Assegurar uma adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da atenção básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos" (BRASIL, 2017). De acordo com a PNAB, o profissional que tem essa atribuição específica é aquele que exerce a função de

A gerente.

B enfermeiro.

C médico.

D sanitarista.

13. Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: Prefeitura de Macapá - AP

Segundo a reorientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definida em 2017, e que vem sendo denominada de Nova PNAB, é uma atribuição comum no âmbito da saúde bucal, entre os membros da equipe que atuam nesse nível de atenção no Sistema Único de Saúde:

A Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

B Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias, em conjunto com os outros membros da equipe.

C Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito.

D Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

E Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

14. Ano: 2016 Banca: IBFC Órgão: SES-PR

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Na equipe de atenção básica cabe ao técnico em enfermagem:

A Realizar consulta de enfermagem.

B Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com os outros membros da equipe.

C Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

D Realizar consultas clínicas.

15. Ano: 2012 Banca: FCC Órgão: INSS

Sobre a atenção primária à saúde é INCORRETO afirmar:

A Incorpora tecnologias relativas ao conhecimento, à organização dos serviços, estudos epidemiológicos e pressupõe o trabalho em equipe.

B O seu papel principal é realizar a triagem dos pacientes para o atendimento nos ambulatórios de especialidades e hospitalar.

C Desenvolve o trabalho em equipe interdisciplinar, com foco na abordagem integral e no acolhimento do indivíduo.

D Utiliza como modelo de sistema de saúde, similares já implantados em países como a Espanha, Inglaterra e Canadá.

E É aplicável tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento.

16. Ano: 2013 Banca: FUNDEP (Gestão de Concursos) Órgão: CISSUL - MG

No âmbito da Atenção Básica a Saúde, são atribuições comuns a todos os profissionais de saúde, EXCETO:

A Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

B Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal.

C Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.

D Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, exclusivamente no âmbito da unidade de saúde.

17. Ano: 2015 Banca: BIO-RIO Órgão: SPDM

A Política Nacional de Atenção Básica tem na _____ sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A lacuna fica corretamente preenchida por:

A ampliação da rede hospitalar.

B Saúde da Família.

C epidemiologia.

D ampliação dos cuidados na rede de alta complexidade.

E saúde do trabalhador.

18. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH

Acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item a seguir.

É denominado unidade básica de saúde (UBS) todo estabelecimento de saúde que preste ações e serviços de atenção básica no âmbito do SUS.

19. Ano: 2017 Banca: FUNRIO Órgão: SESAU-RO

Avalie se as afirmativas a seguir, acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são falsas (F) ou verdadeiras (V):

*A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

*A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

*A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

As afirmativas são respectivamente:

A F, V e F.

B V, F e V.

C V, V e F.

D V, V e V.

E F, V e V.

20. Ano: 2013 Banca: CESPE Órgão: MPU

Julgue o item abaixo:

A atenção primária à saúde desempenha um papel preponderante na estruturação da rede de atenção à saúde, pois se refere aos cuidados longitudinais, normalmente são ofertados de forma fragmentada pelo sistema de saúde convencional.

LISTA DE QUESTÕES COMENTADAS

21. Ano: 2019 Banca: FUNCERN Órgão: Prefeitura de Apodi - RN

A portaria nº 2.436/2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre a PNAB, é correto afirmar:

A recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde funcionem com carga horária mínima de 20 horas/semanais, no mínimo 3 dias da semana e em 10 meses do ano.

B destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica: o Acolhimento com Classificação de Risco e a Estratificação de Risco.

C às equipes de saúde da família, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 50% da população com número máximo de 250 pessoas por Agente Comunitário de Saúde.

D é atribuição do técnico de enfermagem, na atenção básica, realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos e atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde.

Resposta

A. Errada. Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

B. Certa.

C. Errada. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

D. Errada. É atribuição médica.
Alternativa: B.

22. Ano: 2019 Banca: COMPERVE Órgão: Prefeitura de Parnamirim - RN

De acordo com Figueiredo (2013), a responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família e de populações específicas garante a essas equipes maiores segurança no encaminhamento, com base nos processos de referência e contra referência, e atua no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde. Assim, principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas e as necessidades de saúde, esse sistema permite materializar diretamente o princípio do SUS conhecido como

A participação social.

B controle social.

C integralidade

D igualdade

Resposta

Onde está a palavra chave? Referência e Contra Referência. Ou seja, o aluno sobe e desce na hierarquia de acordo com a variação da demanda da sua saúde.

Alternativa: C.

23. Ano: 2019 Banca: COSEAC Órgão: UFF Prova: COSEAC - 2019 - UFF - Enfermeiro

Em relação à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), observe as afirmativas a seguir.

I A PNAB é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

II Esta Política Nacional de Atenção Básica tem no Programa “Mais Médicos” sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

III A PNAB estabelece que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, dos quais grande parte pode ser abordada na Atenção Curativa e ambulatórios de especialidades.

IV O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode constituir-se como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.

Das afirmativas acima, estão corretas apenas:

A I e III.

B II e IV.

C I e IV.

D II e III.

E I e II.

Resposta

I) Certa.

II) Errada. É a Saúde da Família, a estratégia prioritária.

III) Errada. A prioridade é a preventiva, sem prejuízo da curativa / assistencial.

IV) Certa.

Alternativa. C.

24. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH

Acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item a seguir.

Por ser bipartido entre a União e os estados, o financiamento do SUS contribui para o fortalecimento da atenção básica em saúde.

Resposta

É tripartite.

Alternativa: Errada.

25. Ano: 2016 Banca: IF-RS Órgão: IF-RS

Sobre o acolhimento na Atenção Básica, está INCORRETO:

A Múltiplos aspectos técnicos e político-institucionais precisam ser mobilizados para obtermos êxito na implementação do acolhimento. Porém, independente do formato que venha a ser implementado, é fundamental que o protocolo adotado seja rigidamente seguido.

B Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores.

C O acolhimento na atenção básica tem sempre uma preocupação em ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe, sendo que o fluxograma de organização do acolhimento deve ser tomado como um ponto de partida possível.

D O fluxograma de acolhimento deve ser tomado como um modo de facilitar o acesso e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

E Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas.

Resposta

O erro está na "A", visto que o acolhimento independe de protocolo, nem de espaço. Pode ser realizado por qualquer profissional ali presente. Envolve escuta, sensibilidade, empatia. Não há rigidez a ser seguida.

Alternativa: A.

26. Ano: 2017 Banca: FUNRIO Órgão: SESAU-RO

Avalie, com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), se as afirmativas a seguir a respeito da Atenção Básica são falsas (F) ou verdadeiras (V):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

As afirmativas são respectivamente:

A F, F e V.

B V, F e V.

C V, V e V

D F, V e F.

E V, V e F.

Resposta

Todas certas! Use para revisão.

Alternativa: C.

27. Ano: 2010 Banca: AOCP Órgão: FESF-SUS

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família, EXCETO

A implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento.

B desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença.

C definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde.

D trabalho multiprofissional fragmentado e compartimentalizado.

E apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Resposta

O trabalho é integrado e não fragmentado.

Alternativa: D.

28. Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre a atenção básica, é correta afirmar que:

A tem como princípio a regionalização, a universalidade e a integralidade.

B é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

C tem, entre suas diretrizes, a equidade, resolutividade e longitudinalidade do cuidado.

D tem a Estratégia Saúde da Família como modelo único e prioritário para a expansão e a consolidação da Política Nacional da Atenção Básica.

Resposta

a) Regionalização não é princípio e sim DIRETRIZ

b) Certa.

c) Equidade é PRINCÍPIO e não diretriz

d) Art.4o. A Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Outras estratégias serão reconhecidas, desde que tenham CARÁTER TRANSITÓRIO. Necessário haver estímulo para conversão em ESF.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

Sobre os princípios e diretrizes, temos:

I – Princípios:

a) Universalidade;

b) Equidade; e

c) Integralidade.

II – Diretrizes:

a) Regionalização e Hierarquização:

b) Territorialização;

c) População Adscrita;

d) Cuidado centrado na pessoa;

e) Resolutividade;

f) Longitudinalidade do cuidado;

g) Coordenação do cuidado;

h) Ordenação da rede; e

i) Participação da comunidade.

Alternativa: B.

29. Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

Assinale a alternativa correta referente à definição de atenção básica de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

A Conjunto de ações especializadas realizadas nas unidades de pronto atendimento, nos hospitais e outras unidades. Nestes estabelecimentos podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas.

B Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

C Trata-se de uma organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, presentes nos serviços de urgência e emergência. A organização é feita com base em macro e microrregiões de cada estado, devendo apresentar tanto ambulatórios como hospitais, bem como competência para dar assistência a cidadãos internados e disponibilizar tratamento adequado às enfermidades.

D Principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conjunto de ações de saúde com o objetivo de garantir que procedimentos vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida. Integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, é organizada em polos macrorregionais, através do sistema da referência.

Resposta

A questão cobra a integralidade do art. 2º

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Alternativa: B.

30. Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: Câmara Legislativa do Distrito Federal

Conforme está previsto na Política Nacional de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, é atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

A trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida.

B notificar ao Conselho Tutelar e/ou Ministério Público casos apurados de suposta negligência nos cuidados de saúde de crianças e idosos por cuidador ou familiar responsável.

C encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando os fluxos locais.

D executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças.

E participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos dentro de seu microterritório de atuação.

Resposta

É o primeiro item descrito das atribuições.

Alternativa: A.

31. Ano: 2016 Banca: CONSULPLAN Órgão: Prefeitura de Cascavel - PR

O integrante da Equipe de Atenção Básica que exerce o papel de “elo” entre a comunidade e a equipe é o:

A Médico.

B Enfermeiro.

C Técnico de enfermagem.

D Agente comunitário de saúde.

E Recepcionista da unidade básica de saúde.

Resposta

O agente comunitário de saúde (ACS) exerce o papel de "elo" entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais. É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade.

Alternativa: D.

32. Ano: 2018 Banca: COMPERVE Órgão: SESAP-RN

A atual Política Nacional de Atenção Básica define atribuições para os profissionais nesse nível da atenção. Uma dessas atribuições é "Assegurar uma adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da atenção básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos" (BRASIL, 2017). De acordo com a PNAB, o profissional que tem essa atribuição específica é aquele que exerce a função de

A gerente.

B enfermeiro.

C médico.

D sanitarista.

Resposta

Faz parte da função de gerente de Atenção Básica: V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos.

Alternativa: A

33. Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: Prefeitura de Macapá - AP

Segundo a reorientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definida em 2017, e que vem sendo denominada de Nova PNAB, é uma atribuição comum no âmbito da saúde bucal, entre os membros da equipe que atuam nesse nível de atenção no Sistema Único de Saúde:

A Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

B Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias, em conjunto com os outros membros da equipe.

C Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito.

D Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

E Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Resposta

Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

a) Certa.

b) Enfermeiro:

c) Médico:

d) Cirurgião-Dentista

Alterantiva: A.

34. Ano: 2016 Banca: IBFC Órgão: SES-PR

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Na equipe de atenção básica cabe ao técnico em enfermagem:

A Realizar consulta de enfermagem.

B Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com os outros membros da equipe.

C Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

D Realizar consultas clínicas.

Resposta

Realizar consulta de enfermagem. (ENFERMEIRO)

Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com os outros membros da equipe. (ENFERMEIRO)

Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM)

Realizar consultas clínicas. (MÉDICO)

Alternativa: C.

35. Ano: 2012 Banca: FCC Órgão: INSS

Sobre a atenção primária à saúde é INCORRETO afirmar:

A Incorpora tecnologias relativas ao conhecimento, à organização dos serviços, estudos epidemiológicos e pressupõe o trabalho em equipe.

B O seu papel principal é realizar a triagem dos pacientes para o atendimento nos ambulatórios de especialidades e hospitalar.

C Desenvolve o trabalho em equipe interdisciplinar, com foco na abordagem integral e no acolhimento do indivíduo.

D Utiliza como modelo de sistema de saúde, similares já implantados em países como a Espanha, Inglaterra e Canadá.

E É aplicável tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento.

Resposta

É infinitamente além disso. Também realizar papel regulador e é a porta de entrada com resolução máxima dos problemas possíveis neste nível de atenção.

Alternativa: B.

36. Ano: 2013 Banca: FUNDEP (Gestão de Concursos) Órgão: CISSUL - MG

No âmbito da Atenção Básica a Saúde, são atribuições comuns a todos os profissionais de saúde, EXCETO:

A Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

B Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal.

C Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.

D Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, exclusivamente no âmbito da unidade de saúde.

Resposta

O erro está na palavra “exclusivamente”.

Alterantiva: D.

37. Ano: 2015 Banca: BIO-RIO Órgão: SPDM

A Política Nacional de Atenção Básica tem na _____ sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A lacuna fica corretamente preenchida por:

A ampliação da rede hospitalar.

B Saúde da Família.

C epidemiologia.

D ampliação dos cuidados na rede de alta complexidade.

E saúde do trabalhador.

Resposta

Você acabou de ler "A equipe Saúde da Família é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país"

Alternativa: B.

38. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH

Acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), julgue o item a seguir.

É denominado unidade básica de saúde (UBS) todo estabelecimento de saúde que preste ações e serviços de atenção básica no âmbito do SUS.

Resposta

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS.

Alternativa: Certa.

39. Ano: 2017 Banca: FUNRIO Órgão: SESAU-RO

Avalie se as afirmativas a seguir, acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são falsas (F) ou verdadeiras (V):

*A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

*A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

*A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

As afirmativas são respectivamente:

A F, V e F.

B V, F e V.

C V, V e F.

D V, V e V.

E F, V e V.

Resposta

Todas verdadeiras para você estudar.

Alternativa: D.

40. Ano: 2013 Banca: CESPE Órgão: MPU

Julgue o item abaixo:

A atenção primária à saúde desempenha um papel preponderante na estruturação da rede de atenção à saúde, pois se refere aos cuidados longitudinais, normalmente são ofertados de forma fragmentada pelo sistema de saúde convencional.

Resposta

A atenção primária à saúde (APS) distingue-se de outros níveis assistenciais por apresentar quatro atributos essenciais, sendo eles: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Dentre esses atributos, todos eles importantes para a atenção primária à saúde e, consequentemente, para a ESF, destaca-se a longitudinalidade, que significa o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde.

Quando falamos em atenção primária temos o sistema de saúde convencional e a Estratégia de Saúde da Família, essa última consegue um atendimento longitudinal mais efetivo do que o sistema convencional. Cuidado para não misturar os conceitos.

Alternativa: Errada.

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1. 

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2. 

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3. 

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4. 

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5. 

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6. 

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7. 

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8. 

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.