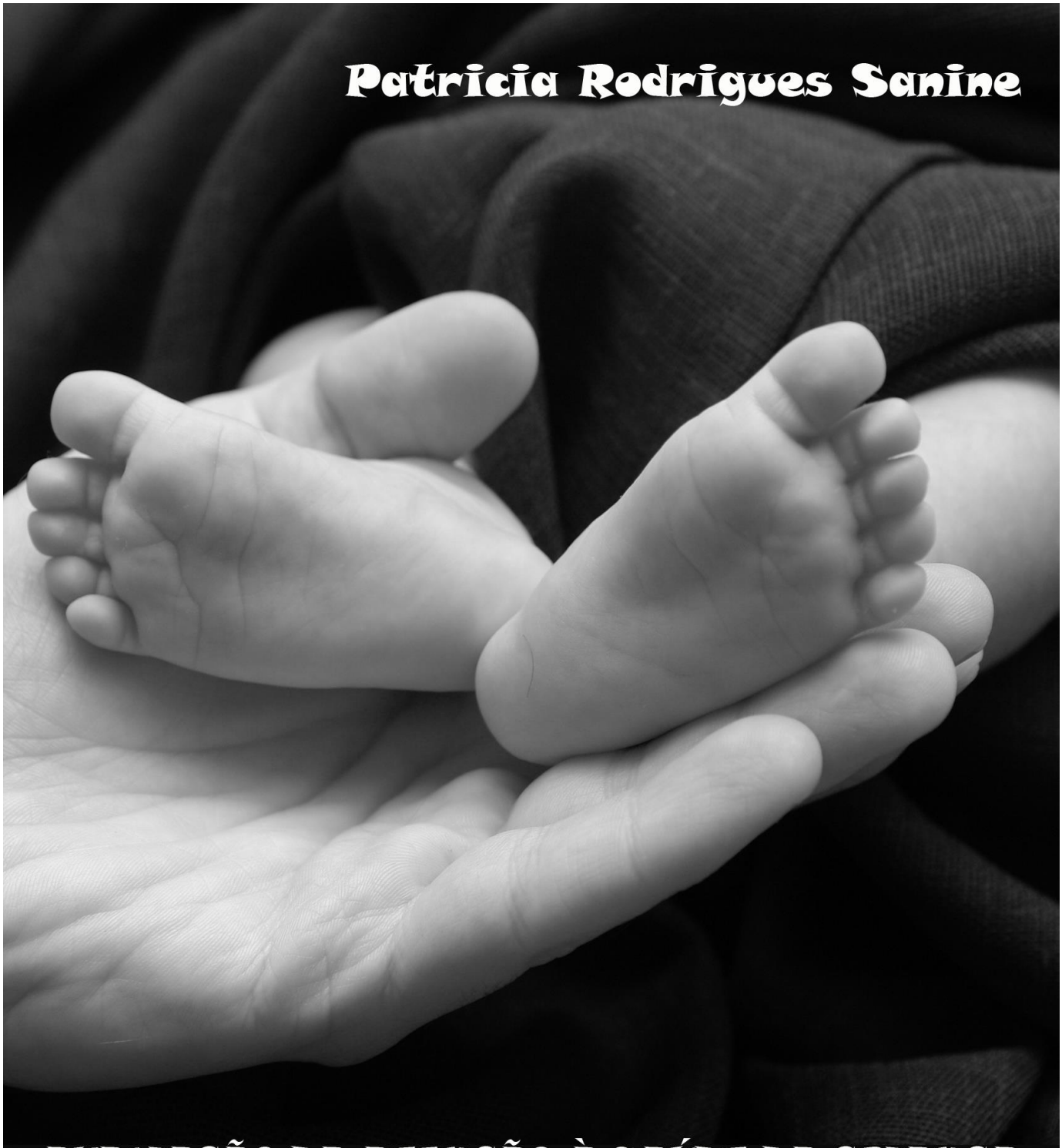
Patricia Rodrigues Sanine



AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO.

(Dissertação de mestrado)

Botucatu, 2014

PATRICIA RODRIGUES SANINE

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação (Stricto Sensu) em Saúde Coletiva. Área de concentração em Saúde Pública da FMB| UNESP, para obtenção do título de mestrado.

Orientador: Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

Coorientador: Prof. Dr. Valdemar Pereira de Pinho

BOTUCATU | SP – 2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Sanine, Patricia Rodrigues.
Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no estado de São Paulo / Patricia Rodrigues Sanine. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientador: Valdemar Pereira de Pinho
Capes: 40602001

1. Cuidados primários de saúde. 2. Crianças - Cuidado e higiene. 3. Serviços de saúde - Avaliação. 4. Assistência médica - Organização.

Palavras-chave: Atenção à saúde da criança; Atenção primária à saúde; Avaliação de serviços; Avaliação em saúde; Qualidade de serviços de saúde.

“O essencial é invisível para os olhos”

(Saint-exupéry, 1985, p.74)

Dedico este “meu primeiro desenho” a todos que, de um modo ou de outro, são responsáveis por este trabalho.

AGRADECIMENTOS

O caminho até aqui foi longo e contou com a participação de varias pessoas. Não teria chego sem a benção de **Deus** que me colocou em uma família extraordinária permitindo minhas primeiras aprendizagens: com minha **mãe Vanda**, e **tia Sandra**, aprendi a ser forte e, não só sonhar profundo, mas acreditar nestes sonhos, e é com esta determinação que iniciei meus estudos; meu **Pai** me ensinou o amor incondicional e a sempre tentar mais do que uma vez, e é com este amor e persistência que guio todos meus atos, diariamente; com meus amados - **Vó Nida**, **Vô Jayro** e **Vó Mélia** - aprendi a ter fé, honestidade, humildade (...). A eles devo a pessoa que sou hoje!

Desde pequena tinha a necessidade de buscar e compartilhar novidades. Por sorte, encontrei logo no primário a **Dona Neusa**, uma professora apaixona pela Educação, que ao me apresentar o livro O Pequeno Príncipe, me ensinou a não esquecer que "Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas" (Saint-Exupéry, 1985, p.74), e com este senso de responsabilidade tento galgar minha atuação profissional.

Agradeço, também, a imensa contribuição do meu amado **Thadeu**, companheiro que me incentiva e participa de todo este processo de busca e batalha. Que me ensinou, e nunca me deixa esquecer, que tudo tem sua hora.

E realmente, tudo acontece na hora certa. Conheci a fonoaudiologia como uma profissão abrangente com poder de "cuidar" e "ensinar", e lembro-me que desde os 13 anos de idade já sonhava ser uma fonoaudióloga. Porém, com a prática percebi muito além – tenho o poder de influenciar a vida das pessoas, o que me torna cada vez mais responsável por não parar a busca por novos caminhos.

Em um ambulatório de especialidades do SUS, num município com menos de 30 mil habitantes, iniciei minha carreira. E em épocas e lugar de reabilitação, tive a oportunidade de ter como chefe e amiga, a **Camila**, uma fisioterapeuta que se atentou as minhas indagações sobre promoção de saúde e permitiu que eu conhecesse a realidade do Sistema de Saúde, realidade esta, que desencadeou minha paixão pelo SUS.

Dizem que “Deus escreve certo por linhas tortas” e no meu caso não foi diferente. A partir da participação em conselhos municipais, da prática ambulatorial para a atuação em creche, orfanato e oficina terapêutica foi um processo rápido, para uma pessoa que como eu, acredito na responsabilidade social e na promoção e prevenção em saúde. Não tenho palavras para expressar minha gratidão à **Maria Antonia**, vice-prefeita de Itaí na época, que me presenteou com a coordenação do I.E.C. - Informação, Educação e Comunicação, e ao **Dr. Nelson**, secretário de saúde, que com sua sinceridade tão singular, permitiu que eu mostrasse meu potencial, e confiando em meu trabalho, favoreceu a abrangência da minha atuação – trabalho junto desde a equipe da dengue, até o grupo de reciclagem da Secretaria do Meio Ambiente.

Este período de trabalho no município de Itaí me possibilitou conhecer os serviços, assim como as Políticas Públicas, e antes mesmo de conhecer o conceito de trabalho em redes, permitiu atuar de tal maneira a observar na prática os benefícios da integração entre os serviços públicos e a sociedade. Já com esta visão ampliada, entendendo os sentidos de Integralidade e Igualdade tão discursados nos serviços, que o **Dr. Leonel**, médico de família, e as enfermeiras **Juliana** e **Mariane**, cruzaram meu caminho e acreditaram na minha proposta de promoção e prevenção, permitindo que, pela primeira vez na vida, eu me sentisse em uma equipe interdisciplinar. Aprendi que médico também faz parte e sabe valorizar uma equipe, e, principalmente, que um serviço de APS mesmo sem recursos, porém comprometido com a qualidade do serviço, consegue fazer a diferença em sua realidade.

Foi a partir destes olhares que me motivei a buscar o mestrado, com a inquietude em identificar na organização dos serviços os principais diferenciais responsáveis pelo resultado da qualidade no atendimento e a esperança de conseguir implantar em todos os serviços a tão sonhada qualidade. Tive o prazer de reencontrar a professora **Vera**, hoje muito mais que uma professora da graduação e colega de profissão, uma amiga de verdade – sempre me apoiando e incentivando. Companheira nesta jornada de profissão foi a primeira a corrigir o protótipo do meu projeto de mestrado e a apontar profissionais que poderiam me auxiliar nesta busca.

E seguindo sua recomendação, conheci o generoso professor **Pinho**, que desde o primeiro contato vem me guiando e ensinando muito mais do que organização e gestão em saúde. Não me canso de agradecer pela acolhida na Universidade e por acreditar no meu futuro acadêmico. E a querida professora **Elen**, que mesmo sem me conhecer confiou o cuidado do seu "filho" *QualiAB;* que vem me ensinando o difícil exercício da dialética e o quanto uma simples troca de palavra tem o poder de mudar um texto. Muito mais do que conceitos de avaliação, sempre me lembra dos conceitos da vida e da importância em saber dosá-los. Luto cada dia mais para atender suas expectativas e não decepcioná-los neste processo tão complexo e difícil que é a pesquisa científica.

Não poderia deixar de agradecer ao carinho e conselhos das queridas professoras **Ivete e Eliana Cyrino**, ao imenso auxílio da **Olivia** com a estruturação do novo banco de dados e, do amigo **Wagner**, responsável por toda a formatação.

E por último, mas não menos importante quero agradecer aos queridos **Amigos** que respeitaram minhas escolhas e permanecem ao meu lado depois de tantas ausências, em especial, as eternas melhores amigas: **Jamila**, **Ana**, **Alessandra e Melissa**, que nas rasteiras e incertezas da vida sempre estiveram ao meu lado, me ouvindo, apoiando e fortalecendo minhas decisões. E à **Josiane**, companheira pesquisadora, presente nas horas de inseguranças e amiga para todas as outras.

Depois de 15 anos de profissão vejo que estou no trajeto certo, trilhando meu caminho com muito amor, amizade e dedicação!

RESUMO

SANINE, P.R. Avaliação da Atenção à Saúde da Criança em Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

A qualidade da assistência prestada à criança tem importante papel no controle de riscos e redução da vulnerabilidade na infância. A saúde da criança está entre as ações mais tradicionais e bem estruturadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de São Paulo, no entanto, persiste indicadores de mau desempenho da assistência prestada, como o crescente número de casos de sífilis congênita no estado. O presente trabalho avalia a qualidade da organização e gerenciamento local das ações de atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde do estado de São Paulo. Utilizou-se banco de dados de avaliação de serviços de APS realizada em 2010 por meio do instrumento QualiAB. A avaliação foi dirigida prioritariamente aos serviços de APS dos municípios com menos de 100 mil habitantes, a partir de adesão voluntária do gestor municipal. Foram analisadas as 31 questões relacionadas à saúde da criança. De um universo de 2.735 unidades de APS, 2.687 atendem criança. Todas as frequências foram analisadas e distribuídas segundo: o tipo de serviço (USF, UBS "tradicional", UBS com ESF/ACS e Outros), composição da equipe (ter ou não ter pediatra) e aplicar ou não a Penicilina Benzatina. As análises permitiram observar predomínio de ações preconizadas nas USF, mesmo sem pediatra na equipe. Entre as ações dirigidas à criança destacam-se: consulta médica (98%), consulta de enfermagem (80,3%); vacinação (77,6%); ações educativas na comunidade (93,4%); assistência odontológica para bebês (36,6%), assistência odontológica para crianças até 6 anos (46,9%) e para crianças em idade escolar (54,4%); coleta de exames clínicos laboratoriais (68%) e dispensação de medicamentos (85,1%). Nas ações programadas para o atendimento infantil, é baixa a incorporação da abordagem de condições como saúde do escolar (33,9%), infecções respiratórias na infância (57%) e violência doméstica (30,8%); prevalecendo a abordagem de temas tradicionais como aleitamento materno (87,3%), puericultura (87,7%) e desnutrição (73,9%). Do total de serviços, somente 41,9% aplicam Penicilina Benzatina; 39,4% não oferecem tratamento para as gestantes com sífilis na unidade, embora façam o diagnóstico; e 13,7% relatam casos de sífilis congênita nos últimos 3 anos. Conclui-se que apesar do amplo acesso ao atendimento das crianças pelos serviços públicos de APS, existem insuficiências na assistência a doenças preveníveis, como a sífilis congênita e infecções respiratórias, além da baixa incorporação de demandas atuais, como o atendimento a escolares ou a crianças em situação de violência.

Palavras chave: Avaliação em saúde; Avaliação de serviços; Qualidade de serviços de saúde; Atenção à saúde da criança; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SANINE, P.R. Evaluation of Child Health Care in Basic Health Care Units in the State of São Paulo. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

The quality of health care provided to children plays an important role in risk control and vulnerability reduction during childhood. Child health is among the most traditional and better structured actions in Primary Care (APS) in the State of São Paulo, but some indicators still point to low performance of provided care, such as an increasing number of congenital syphilis cases in the State. The present study assesses the quality of the organization and local management of child health care actions in Basic Health Care Units (UBS) in the State of São Paulo. We used a database built with QualiAB in an evaluation of APS services in 2010. The evaluation prioritized APS services in municipalities with less than 100,000 inhabitants, which participated voluntarily in the study. We studied 31 issues concerning child health care. Out of a universe of 2,735 APS units, 2,687 provided child health care. All frequencies were analyzed and distributed according to: type of service (USF, "traditional" UBS, UBS with ESF/ACS and Ohers), team composition (with or without a pediatrician) and application or not of benzathine benzylpenicillin. The analyzes allowed us to observe the predominance of actions advocated in USFs, even those without a pediatrican in the team. Among the actions aimed at children it is worth mentioning: medical consultation (98%); nursing consultation (80.3%); vaccination (77.6%); educational actions in the community (93.4%); odontological care for babies (36.6%), odontological care for children up to 6 year old (46,9%) and for schoolchildren (54.4%); clinical samples collection for laboratory tests (68%) and drug dispensation (85.1%). Among the actions planned in child health care some conditions are tackled less frequently, such as schoolchildren health (33.9%), child respiratory infections (57%) and violence (30.8%). Other conditions, more traditional, are tackled more often, like breastfeeding (87.3%), childcare (87.7%) and malnourishment (73.9%). Only 41.9% of all services apply benzathine benzylpenicillin; 39.4% of Units do not offer treatment to pregnant women presenting with syphilis, though they perform its diagnosis; and 13.7% report congenital syphilis in the last 3 years. We conclude that in spite of the broad access to child health care provided by public Primary Care Services, an insufficient care is taken of preventable diseases such as congenital syphilis and respiratory infections, and newer demand such as care of schoolchildren or children suffering violence is often not met.

Key words: Health evaluation; Health services evaluation; Quality of health care; Child Care (Public Health); Primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos municípios paulistas conforme porte populacional, Estado de São Paulo 2010 14

Tabela 2 – Distribuição dos municípios e unidades que aderiram ao QualiAB e unidades que referiram realizar atenção à saúde da criança, segundo porte populacional, QualiAB, 2010 37

Tabela 3 – Número de unidades agrupadas segundo o tipo de serviço e característica definidora, QualiAB, 2010 38

Tabela 4 – Frequencias do número de consultas médicas decalara pelos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010 40

Tabela 5 – Características referente à saúde da criança nos serviços de APS do estado de São Paulo segundo aplicação de penicilina benzatina na unidade, QualiAB, 2010 50

Tabela 6 – Procedimentos médicos e de enfermagem na atenção à criança nos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010 51

Tabela 7 – Ações programadas para a atenção à criança e adolescente nos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010 54

Tabela 8 – Ocorrência de casos de sífilis congênita entre gestantes que realizaram o pré-natal nos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010 56

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 – Divisão do Estado de São Paulo segundo Regiões de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde da SES/SP (DRS) e Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), Estado de São Paulo, 2013 14

Ilustração 2 – Abordagem sistêmica de Donabedian: elementos avaliativos (adaptação de Brasil, 2008; 2010b) 33

Ilustração 3 – Distribuição de blocos de questões segundo características gerais dos serviços e os componentes estrutura, processo e resultado, QualiAB, 2010. . 34

Ilustração 4 – Distribuição no Estado de São Paulo dos municípios que atendem criança entre os que aderiram ao QualiAB 2010 36

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Consentimento para utilização do banco geral do “QualiAB 2010” 70

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB|UNESP 71

Anexo C - Instrumento autoavaliativo - QualiAB..... 72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **12**

2. OBJETIVOS **30**
- **2.1. Objetivo Geral** **30**
- **2.2. Objetivos Específicos** **30**

3. METODOLOGIA **31**

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO **36**
- **4.1. Características Gerais, de Estrutura e de Processo dos serviços de APS com atendimento à criança no estado de São Paulo** **36**
  - *4.1.1. Características Gerais* *36*
  - *4.1.2. Características de Estrutura* *40*
  - *4.1.3. Características de Processo dos serviços de APS* *42*
- **4.2. Organização da Atenção à Criança em serviços de APS no estado de São Paulo no estado de São Paulo** **44**
  - *4.2.1 Características de Processo* *44*
  - *4.2.2. Características de Resultado na Atenção à Criança* *56*

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS **58**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **61**

ANEXOS **70**
- **Anexo A – Consentimento para utilização do banco geral do "*QualiAB* 2010"** **70**
- **Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB|UNESP** **71**
- **Anexo C – Instrumento autoavaliativo - QualiAB** **72**

1. INTRODUÇÃO

> O objetivo principal da avaliação da qualidade é a própria saúde e, por inferência, o desempenho daqueles que nela participam ou são responsáveis por isso. Se não formos capazes de avaliar esse atendimento diretamente (ou puder fazê-lo, mas não totalmente), podemos desenvolver desenhos que permitam inferências (...) presume-se que uma boa estrutura é propícia para um bom processo e bom processo é propício para o futuro da saúde (DONABEDIAN, 1988, p.490). [1]

Atenção Primária à Saúde no Brasil

Os serviços de saúde no Brasil, assim como em vários outros países, estão organizados em três níveis principais de atenção à saúde, primário, secundário e terciário, segundo um modelo hierarquizado desenvolvido nos moldes da experiência inglesa difundida a partir de 1920 pelo relatório Dawson. Desde esse período, e com maior impulso a partir da Conferência de Alma Ata em 1979, a Atenção Primária em Saúde (APS) vem sendo defendida por diversos atores como o nível de atenção que deveria ser priorizado pelos sistemas, com o argumento que com o bom desempenho e abrangência desse nível de atenção, os diferentes países apresentariam melhores condições de saúde (STARFIELD, 2002; ANDRADE et al., 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2008; ANVERSA, 2012).

Este referencial fundamentou diferentes propostas e programas na área da saúde, e inspirou vários países a implantarem esta abordagem. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, este nível de Atenção foi por muito tempo concentrado em intervenções dirigidas a problemas considerados prioritários, por meio dos chamados programas verticais e da atenção a grupos de maior relevância para a própria constituição populacional do país como gestantes e crianças até um ano de idade (HENRIQUE; CALVO, 2008; OMS, 2008; PAIM et al., 2011).

A partir da década de 80, o Brasil investiu em ações de saúde que iniciaram com a expansão da cobertura dos serviços básicos de saúde e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a universalização do acesso aos serviços e a ampliação da

[1] [the primary object of quality assessment is health care itself and, by inference, the performance of those who participate in it or are responsible for it. If we are unable to assess this care directly (or can do so, but not fully), we draw inferences (...)
it is assumed that good structure is conducive to good process, and good process is conducive to future health.]

articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (PINHO, 2003; ANDRADE et al., 2006; BRASIL, 2011; 2012a).

Desde a implantação do SUS, vários modelos assistenciais foram instituídos, no entanto, a principal reorganização da APS no Brasil ocorreu a partir de 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF) – compreendida hoje como Estratégia - que ampliou a visão do processo saúde/doença e a necessidade de intervenção além do "curativo", compreendendo a saúde das pessoas em todos os seus aspectos, quer seja no ambiente físico da comunidade ou em suas relações sociais (CIAMPO, 2006; UCHOA et al., 2011).

Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica, é definida hoje como a porta de entrada principal no sistema público de saúde e deve ser capaz de responder a maioria das necessidades de saúde, coordenando e integrando em rede outros equipamentos de Atenção à Saúde, além de oferecer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, a toda população (STARFIELD, 2002; ANDRADE et al. 2006; VENÂNCIO et al, 2008; BRASIL, 2012a).

Organização do SUS no Estado de São Paulo

No estado de São Paulo, um dos estados que historicamente apresenta maior desenvolvimento desde o final do século XIX, a preocupação com as condições de saúde sempre esteve presente, podendo ser observada a partir da busca por estruturação de modelos organizacionais para o sistema público de atenção à saúde, particularmente para a APS, com maior expressão a partir da década iniciada em 1970 - com a proposta de estruturação e extensão na rede de Centros de Saúde e a implantação da Programação em Saúde (NEMES, 1993; MENDES-GONÇALVES, 1994).

Apesar do estado de São Paulo cobrir apenas 11% do território brasileiro (apresenta uma extensão territorial de 248.222,801 Km^2 com um total de 645 municípios), representa 43% de toda sua população, distribuídos em 524 municípios com menos de 50 mil habitantes e apenas 75 com mais de 100 mil, ainda que estes últimos somem quase ¾ da população do Estado (tabela 1) (ELIAS et al., 2006; VIANA et al., 2006; IBGE, 2010).

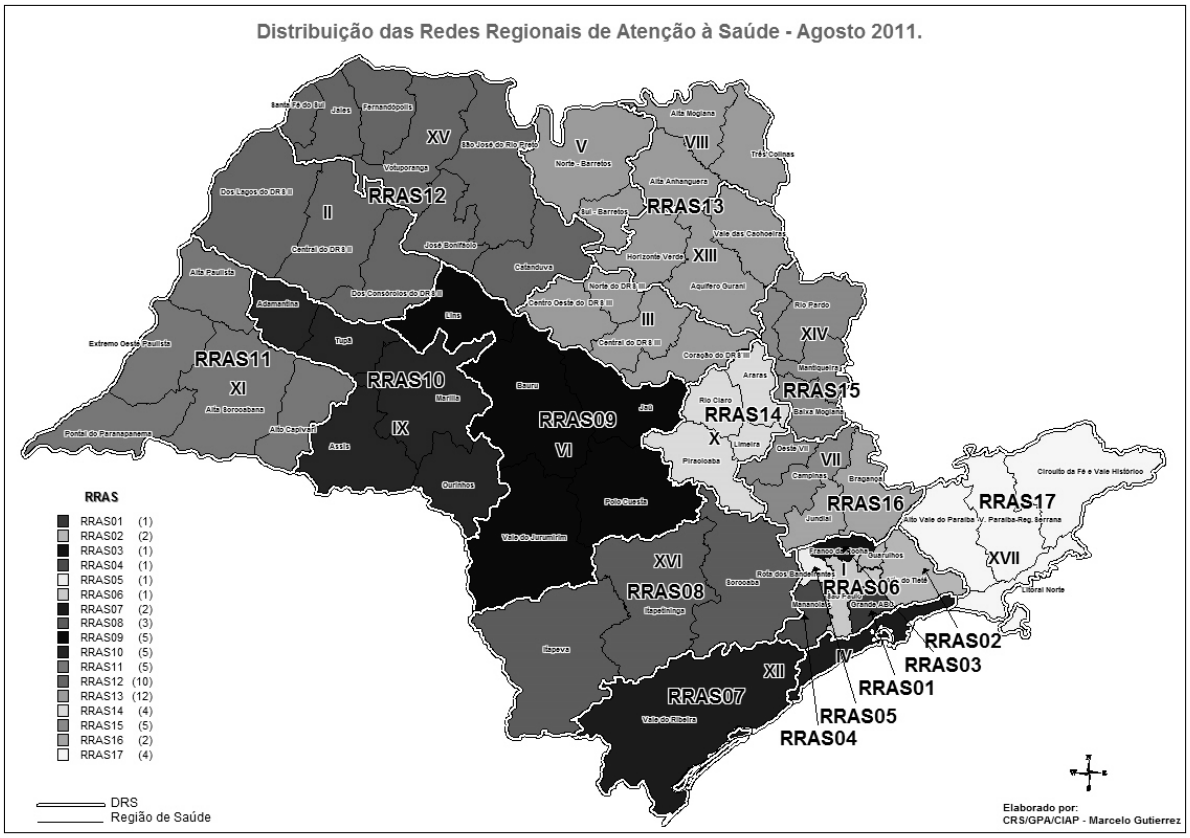
Tabela 1 – Distribuição dos municípios paulistas conforme porte populacional, Estado de São Paulo 2010

Habitantes (n)	*Municípios (n)*	*Total (%)*
< de 10.000	279	43,2
10.000 a < de 20.000	122	19
20.000 a < de 100.000	169	26,2
100.000 a < de 500.000	66	10,2
500.000 a < 11.200.000	09	1,4
Total	**645**	**100**

Fonte: IBGE, 2010

A heterogeneidade demográfica entre os municípios é acompanhada de grandes variações nas condições sócio econômicas e nos indicadores de saúde, como os registros de sífilis em gestante em 2006, que nos municípios de Santos e Diadema apresentavam 3,8 casos por mil nascidos vivos, enquanto Carapicuíba e Santo André expressam 2,3 casos por mil nascidos vivos e no município de São Paulo essa incidência foi ainda menor (2,0 por mil nascidos vivos). Entretanto para o estado como um todo se mantém a ocorrência de agravos evitáveis e mesmo taxas de mortalidade infantil passíveis de redução, como ocorre com o Coeficiente de mortalidade infantil que variam em municípios de pequeno porte de 11,53 á 14,13 (por mil nascidos vivos) no ano de 2009 (SÃO PAULO, 2008a; b; SALA; MENDES, 2011).

No cenário atual, pós-implantação do SUS e com a consolidação do processo de municipalização da APS, a regionalização ganha importância como a alternativa encontrada para melhorar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde. Os 645 municípios do estado de São Paulo encontram-se divididos em 64 Regiões de Saúde coordenadas por Colegiados de Gestão Regional (CGR) (Ilustração 1) (SALA; MENDES, 2011).



Fonte: São Paulo, 2013

Ilustração 1 – Divisão do Estado de São Paulo segundo Regiões de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde da SES/SP (DRS) e Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), Estado de São Paulo, 2013

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde manteve-se composta por 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS, com representações na gestão colegiada. Mais recentemente, os DRS foram integrados em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), que procuram integrar serviços de todos os níveis de complexidade e atender às necessidades de financiamento do sistema dentro de uma economia de escala (SÃO PAULO, 2008; 2012b).

O processo de regionalização direciona para a Secretaria de Estado da Saúde a responsabilidade de coordenar os processos de reconhecimento das necessidades regionais de saúde e a articulação entre os gestores municipais, responsáveis pelas ações locais prioritárias. Em relação à assistência infantil sugere:

> (...) que cada município construa na atenção básica uma agenda de atenção à saúde da criança em todo o seu processo de vida, que contemple pré-natal,

> assistência ao parto, imunização, atenção aos recém-nascidos egressos de unidade de cuidados especiais, aleitamento materno, alimentação e nutrição, monitoramento do crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, prevenção e atenção às doenças prevalentes na infância, estratégias para o combate à violência doméstica e exploração sexual infantil, saúde bucal, entre outras. (SÃO PAULO, 2010, 320 p.)

A Criança como objeto de práticas sociais de saúde

A infância é uma etapa do desenvolvimento humano diferencialmente valorizado pelas políticas públicas de saúde que vêm aprimorando os dispositivos de cuidado e proteção à criança, especialmente nas últimas décadas. Particularmente a primeira infância é apontada como sendo um dos períodos mais importantes do desenvolvimento humano e o que sofre maior influência do meio ambiente, em grande parte, pela qualidade do ambiente familiar e social em que está inserida, podendo acarretar varias consequências ao longo dos anos (BRASIL, 2002; RICCO et al., 2005; CIAMPO, 2006; DIDONET et al., 2010).

No entanto, revisão bibliográfica de 1990 a 2013 e levantamento em livros sobre essa temática apontam que esta nem sempre foi a realidade do país e que “a criança” é uma construção histórico-social complexa demarcada por períodos que vão desde sua emergência como um elemento social até constituir-se mais recentemente em sujeito de direitos.

A emergência da criança como objeto de políticas públicas no Brasil tem início com a instituição de normas sanitárias que visavam a estruturação das famílias nas cidades com a finalidade de organizar o modo de vida das pessoas como parte do processo de urbanização no século XVIII. O percurso desse período até os dias atuais não tem sido objeto de investigações na área de saúde, e num momento em que se discute a importância em desenvolver alternativas assistenciais que reflitam as diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde, o olhar sobre as práticas dirigidas à criança pode nos trazer novos elementos para reflexão (GOMES; ADORNO, 1990).

A organização (produção e distribuição) das ações nos serviços de saúde responde às necessidades de saúde da população e, ao responder, participa do processo de instituição de novas necessidades, reproduzindo valores e mercadorias. Com a expansão dos serviços, a universalidade das ações e o grau de intervenção social assumido por essas práticas, particularmente via Atenção Primária à Saúde (APS), reconhece-se hoje a

importância de um olhar crítico sobre as ações voltadas para a infância (SCHRAIBER et al., 2000; OMS, 2008).

As práticas de saúde, enquanto práticas sociais participam da construção do "ser criança" e recriam esse significado à medida que respondem a necessidades sociais desse grupo. Uma aproximação crítica, ainda que sumária, das diferentes concepções que historicamente instruem as práticas de atenção à criança no país e que contribuem para a definição das necessidades que são priorizadas e reproduzidas pelos serviços de saúde, podem iluminar a avaliação das práticas atuais de atenção à criança nos serviços de APS.

No período colonial a concepção de família, não estava centrada no cuidado da prole, e a infância não era identificada nem pela família, nem pelo Estado, existindo apenas como meio de continuidade da família e "preservação dos bens" para a monarquia e pequena burguesia emergente. No início do século XVIII, com a incorporação das atividades de mineração na produção econômica, houve certo deslocamento das populações rurais e despontaram primitivos núcleos urbanos, que contribuíram com a consolidação da concepção de família burguesa, e com ela, a criança como integrante desse núcleo, porém ainda sem expressão social própria (ARIÈS, 1981; GOMES; ADORNO, 1990; SCHULTZ; BARROS, 2011).

A partir do século XIX, a família começa a se organizar em torno da criança tirando-a do seu antigo anonimato. Ser criança, nesta época, representava um conceito restrito ao significado do termo *infante* - aquele que está impossibilitado de falar, aquele que não tem voz no sentido de direito, mas que se encontra em desenvolvimento. No final deste século, até metade do século XX, marcado por um período de grande controle social decorrente da necessidade de investir sobre a força de trabalho, a criança passa a ser vista como instrumento para "moldar" o comportamento da população e ganha cada vez mais importância no ambiente familiar e social (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; SCHULTZ; BARROS, 2011).

Apesar das ações do Estado que incidiam sobre a criança terem como objeto de intervenção as famílias urbanas enquanto núcleos de trabalhadores pode-se dizer que a saúde da criança começa a se confirmar, ideologicamente, tal como um novo campo de investigação técnica e de normatização da vida, no final do século XIX, primeiras décadas do século XX, quando o foco econômico passa a ser o fortalecimento da produção de café e as práticas de saúde passam a se voltar para o saneamento de portos e cidades próximas a esse

cultivo e ao combate de doenças, como a febre amarela e a varíola (GOMES; ADORNO, 1990; MASCARENHAS, 1973).

É nesse período, com o surto da expansão urbana e o Estado tendo como preocupação central a segurança das cidades em relação aos prejuízos que a economia poderia sofrer com o descontrole urbano e suas mazelas para a saúde, que se inicia a Saúde Pública no Brasil (MASCARENHAS, 1973; GOMES; ADORNO, 1990; BRASIL, 2011).

Em 1905, no estado de São Paulo, já se desenvolviam ações públicas de saúde dirigidas à criança, como a inspeção das amas de leite pelo Serviço Sanitário da Capital de São Paulo. A partir de 1920, a preocupação com a saúde da criança começa a ganhar espaço, e mudanças de caráter normativo se iniciaram, destacando os Serviços de Higiene Infantil, a regulamentação da licença à gestante e à puérpera, e a proibição do trabalho fabril para menores de 12 anos (MASCARENHAS, 1973; MONTEIRO; FERRIANI, 2000; SCHRAIBER et al., 2000; FREIRE; LEONY, 2011).

A partir de 1938 inicia-se, no estado de São Paulo, uma reformulação e expansão dos serviços, como a implantação da proteção médico-sanitária da gestante e criança nos Centros de Saúde, e o movimento de descentralização dos Centros de Saúde que, além de tornarem-se distritais, passam a ser polivalentes (IYDA, 1994).

Até meados do século XX, as movimentações sociais recorrentes desdobraram-se em mobilizações políticas e ideológicas no campo das práticas de saúde, favorecendo uma conotação mais próxima da contemporânea para a expressão criança - reportando-se ao termo *infante-criança* como aquele que está sendo criado, com voz e participação, que proporciona a troca entre as gerações, porém, sem ser reconhecido e respeitado como protagonista (SCHULTZ; BARROS, 2011).

Após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, a saúde da criança no país passa a ser favorecida por algumas leis com destaque a partir da década de 70, quando passa a ser valorizado a influência que o meio exerce sobre sua formação. Nesse último período são incorporadas ações como: promoção do aleitamento materno, prevenção de doenças infectocontagiosas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção de creches locais com ênfase na saúde integral em menores de cinco anos, e a implantação do Programa Nacional de Saúde Materno-infantil. A partir de 1981 são observadas mudanças não somente na ampliação e diversificação das ações, mas também,

na criação de Programas separados para a Assistência Integral à Saúde da Criança e à Saúde da Mulher (GOMES; ADORNO, 1990; IYDA, 1994; MENDES-GONÇALVES, 1994; BRASIL, 2011).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 registra o amadurecimento de um modelo que reconhece o social - a criança passa a ser entendida como sujeito de direitos, e com prioridade, cabendo à família, à sociedade e ao Estado, a responsabilidade por garantir esses direitos. Nesse sentido, pode-se dizer que somente a partir de 1990 é que a concepção de criança ou de *infância* passa a ser contemplada como a entendemos atualmente - ser humano em desenvolvimento, integrado a uma visão holística (pessoal e social), concedendo-lhe vez e voz diante das decisões políticas vigentes (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; FROTA et al., 2010; SCHULTZ; BARROS, 2011).

A Constituição Federal de 1988 representa, por vários motivos, um divisor de águas no país, inclusive para a saúde da criança, pois implanta um Sistema Nacional de Saúde que unifica os três sistemas de financiamento (privado, seguridade social e instituições de caridade) e descentraliza sua gestão; Incorpora os conceitos de equidade, universalidade e integralidade, que respectivamente introduzem mudanças na produção e distribuição dos serviços, redefine o cidadão como sujeito de diretos, e, por fim, reformula o conceito de Saúde que passa a englobar aspectos multidimensionais da vida humana e as ações de saúde voltadas à criança passam a ser planejadas a partir de análises e integralidade das condições sanitárias e epidemiológicas da população (MENDES-GONÇALVES, 1991, 1994; SCHRAIBER et al., 2000; BRASIL, 2011; PAIM et al., 2011).

A partir de 1990, a descentralização e a facilidade do acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças permitiram que o país atingisse quase que uma cobertura universal, reduzindo notavelmente as desigualdades regionais (OMS, 2008; VICTORA et al., 2011a). O ano 2000 marca a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que padroniza o cuidado através da estipulação de uma série de ações que passam a ser realizadas da mesma maneira em todo o país. Visando melhorar as taxas de mortalidade infantil e agravos evitáveis, é desenvolvida a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e as linhas de cuidado para atenção às doenças prevalentes na infância, incluindo a prevenção de acidentes na infância (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; OMS, 2008; BRASIL, 2011, 2012a).

No entanto, mesmo após a implantação do PHPN, da Agenda de Compromissos e das linhas de cuidado, há eventos sentinelas, que representam indicadores de resultado, que colocam em cheque a qualidade da assistência prestada. No estado de São Paulo, assim como na maioria dos estados brasileiros, o número de casos de sífilis congênita vem aumentando nos últimos anos, apesar da elevada cobertura e concentração de consultas de pré-natal, da existência de protocolos de tratamento bem estabelecidos, e do baixo custo do diagnóstico e do tratamento para sífilis.

No cenário atual, vale ainda destacar a magnitude da criança enquanto grupo populacional. No estado de São Paulo com uma população estimada em 41.262.199 habitantes, em 2010, 13,4% são crianças de até dez anos de idade. Estes números, ao lado das medidas e indicadores disponíveis, apontam a relevância da população infantil e reforçam a importância do investimento em serviços públicos de saúde adequados à suas demandas e necessidades, merecendo destaque tanto a transcendência da saúde infantil para a reprodução da sociedade, como a manutenção de um grande número de mortes e adoecimentos evitáveis, em que pese os grandes avanços já alcançados (DEL CIAMPO et al., 1994; OMS, 2008; IBGE, 2010; MALTA et al., 2010; VICTORA et al., 2011a,b; BRASIL, 2012c; WOLFE et al., 2013).

Qualidade e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

A qualidade da assistência ganha importância, nos últimos 20 anos, com a busca por alternativas assistenciais que reflitam o conjunto das diretrizes do SUS, com avanços na universalização do acesso e valorização da APS.

Um ponto de partida para a discussão sobre qualidade é considerar que sua construção deve se dar a partir do aumento da responsabilidade e compromisso com a qualidade da assistência (“quality care”). Mas a definição do que é “qualidade da assistência” não é tarefa fácil, pois permite diferentes interpretações (DONABEDIAN, 1969, 2005; SCOTT; CAMPBELL, 2002). Discriminar o que é “qualidade da assistência” remete a uma ação avaliativa, o que é explicitado por Donabedian em relação ao trabalho médico:

> os critérios de qualidade são nada mais do que juízos de valor que são aplicados a vários aspectos, propriedades ou dimensões de um processo chamado de cuidado médico (DONABEDIAN, 2005)[2].

Na busca pela qualidade, a avaliação é apontada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que ajuízam a realidade e possibilitam intervenções a partir de normas e critérios bem definidos e adequados ao tempo e local ao qual se referem. Assim, a avaliação da qualidade é definida não como um julgamento estanque e definitivo, mas como algo amplo e processual, com um entendimento que permita oportunidade de mudanças (FURTADO, 2006; BROUSSELLE et al., 2011; ANVERSA et al.,2012).

A literatura sobre avaliação de serviços de saúde, em especial sobre qualidade, é em grande parte referenciada em Donabedian como o pioneiro em avaliar a qualidade do desempenho médico por meio de um modelo sistêmico: estrutura, processo e resultado, no qual é necessário estar presente os atributos que definem a qualidade (os sete pilares da qualidade): eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (NOVAES, 2000; SCOTT; CAMPBELL, 2002; ANVERSA et al.,2012).

As avaliações em saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção, podem ser encontradas de forma muito diversificada (NOVAES, 2000), sendo utilizadas:

> de maneira estratégica para ajudar na elaboração de uma intervenção, de maneira formativa, para o seu aperfeiçoamento contínuo ou, de maneira somativa, para auxiliar a tomada de decisão sobre a continuidade da intervenção (BROUSSELLE et al., 2011, p.79),

Variando também quanto a abordagem (Estrutura, Processo ou Resultado) a ser usada. Porém, a escolha de qual o melhor modo de avaliar ou do “como avaliar” deve ser diversificada conforme a natureza do Serviço e das perguntas que deseja responder, como no caso das avaliações de processo, relevantes para responder a questão se o cuidado está sendo corretamente praticado (DONABEDIAN, 1969; NEMES, 2001; BROUSSELLE et al., 2011).

Com o desenvolvimento de novas tecnologias, a crise financeira pública e os crescentes gastos com saúde, desde 1990, tem aumentado a pressão da sociedade, de governos e de agências financiadoras por avaliações regulares dos resultados das políticas de

[2] [the criteria of quality are nothing more than value judgments that are applied to several aspects, properties, ingredients or dimensions of a process called medical care.]

saúde e dos investimentos públicos. Com o propósito de melhorar o processo de monitoramento, particularmente em relação aos serviços de atenção primária, o Brasil verificou a necessidade de desenvolver ferramentas mais específicas para gestão e passou a utilizar além dos indicadores de desempenho construídos com dados secundários disponibilizados em *sites* oficiais do Ministério da Saúde, a incorporar processos avaliativos, iniciados pela instituição da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008; VERAS; VIANNA, 2009; BRASIL, 2010).

Desde 1990 os trabalhos avaliativos voltados à implantação de programas vêm aumentando com a utilização de diferentes instrumentos e metodologias, no entanto, foi com o incentivo do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), a partir de 2003, que se desenvolveu o maior número de estudos, destacando-se os 84 trabalhos de Linha de Base que visavam avaliar o desempenho dos serviços para estabelecer o efeito da intervenção USF na melhoria da atenção, iniciando assim, a criação de um referencial avaliativo para a APS no Brasil (BRASIL, 2005, 2010b; FACCHINI et al., 2008).

Os estudos de Linha de Base apresentaram diferentes abordagens e temas, utilizando como principal instrumento o PCATool. O principal tema levantado foi a Avaliação na Atenção Primária à Saúde (48,8%) – 32 estudos sobre Desenvolvimento e validação de metodologias de análises e avaliação da APS e 09 sobre Institucionalização da avaliação no âmbito do SUS, seguidos dos trabalhos sobre gestão e reorganização em municípios ≥ 100 mil habitantes (n=28) e Processo de Trabalho em Saúde (n=12) (BRASIL, 2013a).

Uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS como estratégia indutora de qualidade em saúde foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), lançado em 2005 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com uma metodologia de autoavaliação e autogestão, teve sua base no MoniQuOr (Instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal) e utilizou a abordagem sistêmica de Donabedian (BRASIL, 2010, 2012c; VASCONCELOS, 2011).

Também seguindo este modelo donabediano, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), validado por Starfield nos Estados Unidos em 1998, apresenta originalmente, versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e, também, direcionados á

coordenação/gerência do serviço de saúde. Em 2010, foi traduzido e utilizado pelo Ministério da Saúde para suprir a falta de instrumentos que avaliasse as interações entre os usuários e os profissionais dos serviços de APS. O acúmulo proporcionado pelos estudos de Linha de Base, assim como do próprio AMQ e de outras pesquisas de menor abrangência, em sua maioria direcionados para as USF favoreceu a instauração de uma política de qualidade de APS no SUS, a Melhoria Contínua da Qualidade – MCQ nos serviços de saúde. A partir da revisão da AMQ, do PCATool e Quality book of Tools - também com contribuições de consultores externos de diversas instituições, foi desenvolvido um novo instrumento avaliativo destinado a todos os serviços de APS – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica / AMAQ (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010, 2010c, 2012c).

Esta iniciativa impulsionou no país o comprometimento em desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Com o objetivo de avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da APS, é lançado em 2011 o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o principal objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, com "garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde" (BRASIL, 2012b). Mas apesar dos incentivos e o avanço já alcançado, a avaliação em saúde ainda se constitui num grande desafio, em parte em função da grande complexidade do sistema e da relativa "juventude" do SUS, ao que se acresce a heterogeneidade dos serviços num país de dimensões continentais.

Como parte do processo descrito, no estado de São Paulo, com apoio da linha de fomento PPSUS foi desenvolvido e validado em 2007 um instrumento de serviços de APS auto-aplicável via web – QualiAB, com a finalidade de traçar o perfil e avaliar a qualidade da organização e gerenciamento da Atenção Primária em todos os serviços de saúde, independentemente de seu modelo organizacional (fossem Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas tradicionais ou outras formas de organização definidas pelo gestor municipal). Nesse período, o instrumento de autoavaliação utilizado pelo Ministério da Saúde, o AMQ, dirigia-se apenas aos serviços organizados segundo a estratégia de Saúde da Família, o que deixava muitos serviços de APS fora do processo avaliativo, particularmente

no Estado de São Paulo, onde a cobertura populacional por equipes de saúde da família era de 24% (BRASIL, [2013B]), o que conferia uma maior abrangência ao QualiAB.

Ao optar por tomar como foco avaliativo a organização e o gerenciamento dos serviços por meio de um instrumento de auto-aplicação, o QualiAB procurava desenvolver um processo avaliativo que pudesse

> situar-se nos limites entre uma avaliação normativa - com a quantificação de elementos formais que apontem para as condições do êxito técnico - e uma avaliação formativa - aquela que enfatiza o aprendizado, que produz para os sujeitos implicados na avaliação informações que contribuam para a superação de obstáculos identificados. (CASTANHEIRA, 2011, p.940)

Em 2007 o QualiAB foi construído por processo de consenso iterativo, que incluiu metodologias qualitativas, teste-piloto, e validação de construto e confiabilidade. Em sua primeira aplicação, em 2007, foi respondido por 524 serviços de 115 municípios do interior paulista, localizados em 3 Departamentos Regionais de Saúde – Bauru, Sorocaba e Registro. Em 2010, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e apoio do Programa Articuladores da Atenção Básica, o QuliaAB foi novamente aplicado, sendo respondido por 2.735 unidades de saúde, distribuídas em 586 municípios, de 61 Regiões de Saúde do total de 64 em todo o Estado (CASTANHEIRA et al, 2009, 2011).

Desde sua elaboração o QualiAB tem se voltado prioritariamente para municípios do interior paulista, em sua maioria de médio e pequeno porte. Essa característica se manteve mesmo em 2010, uma vez que o Programa Articuladores da Atenção Básica tinha por objetivo o apoio técnico aos municípios com menos de 100 mil habitantes. A parceria com a SES SP, a implementação do questionário para resposta *online* e a atuação dos articuladores, possibilitou a grande adesão observada em 2010, além de viabilizar devolutivas não só via *web*, mas também com discussões presenciais coordenadas pelos articuladores, o que desencadeou, em muitos serviços, um processo de reorganização e mudanças, que foram de encontro com o foco principal do instrumento (CASTANHEIRA et al., 2009, 2011).

A qualidade que orienta a definição de normas, critérios e padrões que definem o ajuizamento dos indicadores procura expressar os valores presentes nos princípios éticos e organizacionais do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica e em normas técnicas de

cuidado individual e coletivo baseadas em evidências. Os critérios utilizados podem sinteticamente ser apontados como:

- Organização geral da assistência facilitadora do acesso
- Oferta de ações de prevenção primária e secundária
- Cumprimento de protocolos assistenciais padronizados
- Valorização do trabalho em equipe
- Gerenciamento técnico
- Relação organizada com a comunidade
- Disponibilidade de insumos essenciais

Seu alto índice de adesão e respostas, além da distribuição das médias de qualidade apontadas pelo presente instrumento garante ao QualiAB alto poder de aplicação na rede de APS do SUS no Estado de São Paulo apresentando boa capacidade de discriminação entre os serviços (Nemes, 2001).

Composto por 85 questões de múltipla escolha, das quais 65 têm repostas pontuadas que constituem os indicadores de qualidade utilizados, compostos principalmente por indicadores de processo. Referem-se à avaliação de duas grandes dimensões – assistência e gerência. Essas dimensões são compostas por subdimensões de modo a permitir a análise e discussão de diferentes componentes da qualidade da assistência e gerência. Uma das subdimensões avaliadas que apresentou um maior poder discriminante foi a Atenção a Criança.

Pode-se afirmar a partir das duas aplicações do QualiAB que esse instrumento é validado, tem bom poder de discriminação, é de simples aplicação e conseguiu boa aceitação, com capacidade de induzir mudanças na organização dos serviços de APS do estado de São Paulo, a partir da apropriação dos resultados pelas equipes locais (Castanheira et al., 2011).

No presente trabalho, iremos analisar as questões relacionadas direta ou indiretamente à Saúde da Criança abordadas na aplicação do QualiAB em 2010, ou seja, o conjunto de variáveis presentes no banco de dados que permitam avaliar a qualidade da atenção à criança enquanto um importante componente da atenção integral à saúde nos serviços de APS.

Sua aplicação permitiu observar que o perfil organizacional dos serviços no estado de São Paulo apresenta-se heterogêneo, e que sua qualidade pode ser distribuída em três grupos distintos: melhor qualidade, média e com qualidade precária. As análises nos dois anos, 2007 e 2010, demonstram que as unidades organizadas segundo a estratégia de saúde da família (USF) apresentaram as distribuições mais alta de médias e, possibilitou observar que estes serviços possuem uma probabilidade estimada pela razão de chances de 2 a 8 vezes maior de pertencerem ao *Grupo de melhor qualidade* do que os serviços do tipo UBS tradicional com especialidades e/ou urgências.

Avaliação da Saúde da Criança na APS

A atenção à saúde da criança dispõe de um conjunto vasto de medidas de eficácia e efetividades comprovadas na promoção da saúde e prevenção primária e secundária dos principais agravos que acometem essa faixa etária. Num cenário de grande expansão dos serviços de APS e de potencial efetividade das medidas disponíveis, questionar a qualidade das ações desenvolvidas torna-se imperativo.

Um dos pressupostos para a avaliação da qualidade dos serviços é que exista adequação do processo de cuidados a normas (profissionais, de consumo ou sociais) que devem refletir um conjunto de valores e objetivos técnicos e éticos capazes de orientar a definição de critérios e padrões de qualidade (DONABEDIAN, 1969, 2005). Desta forma, para que haja qualidade na atenção à saúde da criança é necessário que os serviços disponham de estruturas adequadas, disponibilidade de materiais e equipamentos, número suficiente de profissionais capacitados, de modo coerente com os princípios e diretrizes do SUS. Para a atenção à criança no Brasil esses princípios e diretrizes gerais encontram-se definidos no que é proposto pelo Ministério da Saúde no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC (BRASIL, 2006b; SAPAROLLI; ADAMI, 2007; BROUSSELLE, 2011).

Entre os princípios éticos normativos e a definição de padrões específicos que possam mensurar a qualidade das ações realizadas existem muitas mediações. Por exemplo, podemos considerar como um indicador a ocorrência de atendimentos agendados de rotina. Ainda que diga respeito à organização do cuidado oferecido, sua ausência indica a inexistência de um atendimento programado, especialmente valorizado na atenção à criança

para acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, e fortalecimento da relação com a criança e sua família com toda a equipe da unidade (RICCO et al., 2005).

Estes dados somados às informações sobre convocação de faltosos, também pode pesar a respeito da efetividade das ações, visto que o agendamento da consulta indica facilidade de acesso, assim como a elaboração de mecanismos de absorção da demanda espontânea e a convocação dos faltosos, que contribui para a diminuição do número de abandono no acompanhamento, além de apontar a existência de uma demanda que pode ser gerada pela organização do próprio serviço ou então, caracterizar uma demanda não identificada pelo serviço (PINHO, 2003; PICCINI et al., 2007).

Da mesma forma, o seguimento do Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, sugerido pelo Ministério da Saúde, bem como o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, e a qualidade dos registros em prontuários podem ser considerados critérios de avaliação da qualidade dos serviços prestados à criança na APS, pois favorece o acesso e garante a precocidade na identificação de condições de risco, além de aumentar a confiança da mãe em relação ao serviço, facilitando sua adesão nas atividades propostas pelo serviço (BRASIL, 2002; VASCONCELLOS et al., 2008; ANVERSA et al.,2012).

O comprometimento na qualidade à atenção também pode ser observado através da incidência de agravos evitáveis, como ocorre com a sífilis congênita - verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde infantil em razão da efetiva redução do risco de transmissão durante a gestação, simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/ terapêutico (BRASIL, 2006b; SÃO PAULO, 2010a).

No entanto, pesquisas apontaram falhas na utilização do Calendário de Compromissos para a Saúde Integral da Criança; na utilização do cartão de imunização que contém dados adicionais de acompanhamento da saúde; e no registro de atendimentos, destacando como a principal delas a falta de anotações de peso ao nascer e acompanhamento de peso e medida das crianças; além da crescente incidência de sífilis congênita (DONABEDIAN, 2005; PICCINI et al., 2007; TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008; SILVA et al., 2009; BRASIL, 2012c; BROWN, 2012).

Estes exemplos possibilitam evidenciar que o modelo de assistência à saúde da criança no Brasil precisa de ajustes para se adequar à realidade do país. A avaliação de serviços de APS por meio da utilização de um instrumento autoaplicativo contribui para o

conhecimento da realidade local com o envolvimento das equipes, permitindo a problematização do processo de trabalho e a discussão de novas estratégias para a melhoria da qualidade do atendimento infantil.

Umas das primeiras iniciativas neste sentindo, visando monitorar de forma organizada e estruturada a Atenção à criança no país, foi a obrigatoriedade da implantação nas Unidades de Saúde de um sistema informatizado – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2006b).

Novaes (2004) em uma busca na base SciELO com os unitermos relativos a "*atenção primária*", "*atenção básica*", "*atenção ambulatorial*", "*exames laboratoriais*" e "*procedimentos diagnósticos e terapêuticos*" identificou um número restrito de artigos, referindo que:

> para esse nível da atenção, a abordagem predominante nos artigos se dá na perspectiva de programas específicos (pré-natal, saúde da família), em que ora se enfatizam dimensões de gestão e financiamento, ora se analisam alguns indicadores gerais de desempenho do programa em uma perspectiva populacional (por exemplo: número de consultas, cobertura), geralmente sem detalhamento das características dos serviços e da assistência realizada. (NOVAES, 2004)

Observamos que em praticamente 10 anos este cenário não sofreu alteração. Revisão bibliográfica dos últimos cinco anos (2007 a 2011), por meio de busca na base de dados Scopus, aponta que no Brasil, as avaliações de serviços de APS com foco na saúde da criança são, na maioria, descrições e a qualidade dos serviços continua a ser associada, principalmente, aos temas: programas voltados para a infância (como imunização e amamentação) e condições sensíveis à APS (como doenças respiratórias e infecciosas evitáveis através de imunização - por exemplo, sarampo, tétano, difteria), com alguns estudos sobre a disponibilidade de estruturas e processos necessários à APS infantil (PICCINI et al., 2007; FACCHINI et al., 2008; TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008; DOURADO et al., 2011).

Desta forma, podemos observar que apesar da saúde da criança estar entre as ações programáticas mais ofertadas e organizadas por serviços de APS no país, e de integrarem algumas das pesquisas avaliativas mais recentes, ainda faltam análises destas ações que reflitam a qualidade da organização na assistência prestada através de indicadores, como o atendimento agendado de rotina, o conteúdo das consultas ao invés de

apenas os números, a utilização do cartão de imunização da criança e do Calendário de Compromissos para a Saúde Integral da Criança (SILVA et al., 2009; ANVERSA et al., 2012).

A carência em informações sobre as condições em que se desenvolvem as ações voltadas à criança aumenta a necessidade de avaliações que produzam indicadores confiáveis e capazes de orientar ações de incremento de qualidade. Nesse sentido, a diversidade de instrumentos sensíveis e de fácil aplicação contribui com as iniciativas de institucionalização da avaliação no país e impulsiona a cultura avaliativa entre profissionais e gestores (ANVERSA et al., 2012).

O trabalho proposto aborda a Atenção Primária à Saúde da criança, focando na organização das ações voltadas para um grupo populacional extremamente importante, e que apresenta necessidades específicas por sua vulnerabilidade expressa nos coeficientes de mortalidade e nas taxas de agravos evitáveis, ainda elevados no Brasil.

A disponibilidade nas Unidades Básicas de Saúde de estruturas e processos adequados para a assistência desse grupo tem desdobramentos para a qualidade da APS como um todo, uma vez que as ações voltadas à saúde da criança são das mais tradicionais e bem estabelecidas para esse nível de atenção. Em outras palavras, pode-se esperar que as normas e critérios que orientam a atenção à criança em função de sua antiga implantação na rede pública assim como pelas evidências de efetividade já demonstradas, possam definir padrões de julgamento claros e com capacidade de discriminação da qualidade dos serviços (MALTA et al., 2010; ANVERSA et al., 2012).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a organização da Atenção à Saúde da Criança em serviços de Atenção Primária à Saúde do estado de São Paulo, por meio do instrumento QualiAB, utilizando como marcador a sífilis congênita.

2.2. Objetivos Específicos

I. Descrever as características de Estrutura e Processo dos serviços de APS no estado de São Paulo;

II. Analisar a organização das ações dirigidas à Saúde da Criança em serviços de APS no estado de São Paulo;

3. METODOLOGIA

O estudo realizado tem como objeto a atenção à saúde da criança nos serviços de APS do estado de São Paulo. Possui consentimento da SES/SP e dos pesquisadores responsáveis pelo banco geral do "*QualiAB* 2010", assim como aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB|UNESP (nº 4262-2012) (Anexos A e B).

Princípios norteadores do trabalho

Utilizaram-se como pressupostos teóricos: 1) Donabedian (2005; 1969), que estabelece o modelo sistêmico de avaliação dividido em três aspectos - *Estrutura, Processo* e *Resultado*; e define o termo *qualidade* como um juízo de valor baseado em normas e critérios definidos a partir do aumento da responsabilidade e compromisso dos envolvidos; e 2) Castanheira et al. (2011) que construiu o instrumento *QualiAB* com base nas proposições técnico-políticas colocadas para a Atenção Primária no Brasil pelas diferentes esferas de governo, enquanto política de Estado, cujo conjunto discursivo central foi sinteticamente apresentado, considerando os indicadores de Estrutura, porém, priorizando os de Processo.

Destacam-se como Normas, critérios e padrões avaliativos: 1) os pressupostos e diretrizes presentes no SUS para a organização da Atenção Primária e particularmente para a atenção à criança, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e a Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004); e 2) Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2008), que define *saúde* como todo o complemento envolvido para o bem estar físico, mental e social, representado pela integralidade dos aspectos e a singularidade do indivíduo; e *Integralidade* como ação de centralizar as pessoas nos cuidados de saúde, harmonizando a mente e o corpo, as pessoas e os serviços.

Método

Foi realizada uma análise descritiva, do tipo *quase avaliação*, de corte transversal da atenção à saúde da criança com foco na organização dos serviços de Atenção Primária do

Estado de São Paulo, priorizando-se a caracterização e organização das ações de atenção à criança, a organização da gerência nas unidades e, de maneira complementar, alguns aspectos nucleares da estrutura. Para tanto foi utilizado o banco de dados, do ano de 2010, resultante da aplicação do instrumento de serviços de Atenção Primária à Saúde - *QualiAB*.

O QualiAB é um questionário aplicado via web, após adesão voluntária do gestor municipal, para resposta pela gerência e equipe local dos serviços. É composto por 85 questões de múltipla escolha, das quais 20 são descritivas e 65 têm repostas pontuadas (indicadores de qualidade). Foi construído por processo de consenso iterativo, que incluiu metodologias qualitativas, teste-piloto, validação de construto e confiabilidade (Castanheira et al 2011).

As 85 questões estão distribuídas em 05 itens, que compõe o instrumento: 1) Identificação e características gerais do serviço (estrutura física, recursos humanos e materiais); 2) Registro de dados e informações em saúde; 3) Organização da Atenção à Saúde (perfil geral de atividades, recepção, acompanhamento de rotina, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto e saúde bucal); 4) Perfil de atividades da equipe multiprofissional (atividades desenvolvidas pelos diferentes profissionais da equipe); 5) Características do Processo Gerencial (perfil do gerente local e dinâmica gerencial). Desse conjunto foram selecionadas 31 questões tralhando-se com variáveis relativas à saúde da criança.

Para análise das questões selecionadas, procurou-se estabelecer relações e associações entre componentes de estrutura, processo e resultado, conforme previsto no modelo desenvolvido por Donabedian: os indicadores de *Estrutura* correspondem aos aspectos da área física e equipamentos dos serviços, além do dimensionamento e qualificação da equipe, recursos financeiros (materiais permanentes e de consumo), normas e diretrizes formais; os de *Processo* consistem na avaliação do cuidado propriamente dito, dizem respeito às atividades administrativas (atividades meio), fluxos, existência e observância de protocolos e a aspectos éticos nas relações profissional-usuário, profissional-profissional e profissional-gerência; os de *Resultado* representam o produto final do cuidado, geralmente especificado em termos de paciente/saúde, bem-estar e satisfação, são as consequências dos processos executados por uma determinada estrutura e estão ligados a qualquer mudança observada em consequência da elaboração de um ou mais produtos e serviços.

Ilustração 2 – Abordagem sistêmica de Donabedian: elementos avaliativos (adaptação de Brasil, 2008; 2010b).

Esse modelo avaliativo baseia-se no pressuposto que uma boa estrutura é condição para um processo adequado que, por sua vez, é a base para que se efetivem os resultados esperados; embora sejam dimensões interdependentes de um mesmo processo de atenção à saúde, permitem avaliar a qualidade a partir de qualquer um desses componentes, ainda que com sensibilidade e especificidade distintas em relação ao conjunto das ações avaliadas (DONABEDIAN, 1969, 2005; PINHO, 2003; BROUSSELLE et al., 2011; ANVERSA, 2012).

Vale destacar que para Donabedian (2005), ainda que os resultados possam indicar mais diretamente a qualidade do cuidado na maioria das vezes eles não apontam as deficiências e os pontos fortes de uma dada assistência, para o que a avaliação do processo pode mostrar-se mais produtiva.

A análise das questões relacionadas ao atendimento infantil foi realizada por meio de algumas variáveis de estrutura e principalmente daquelas relativas ao processo, com uma única questão relacionada a resultado (Ilustração 3).

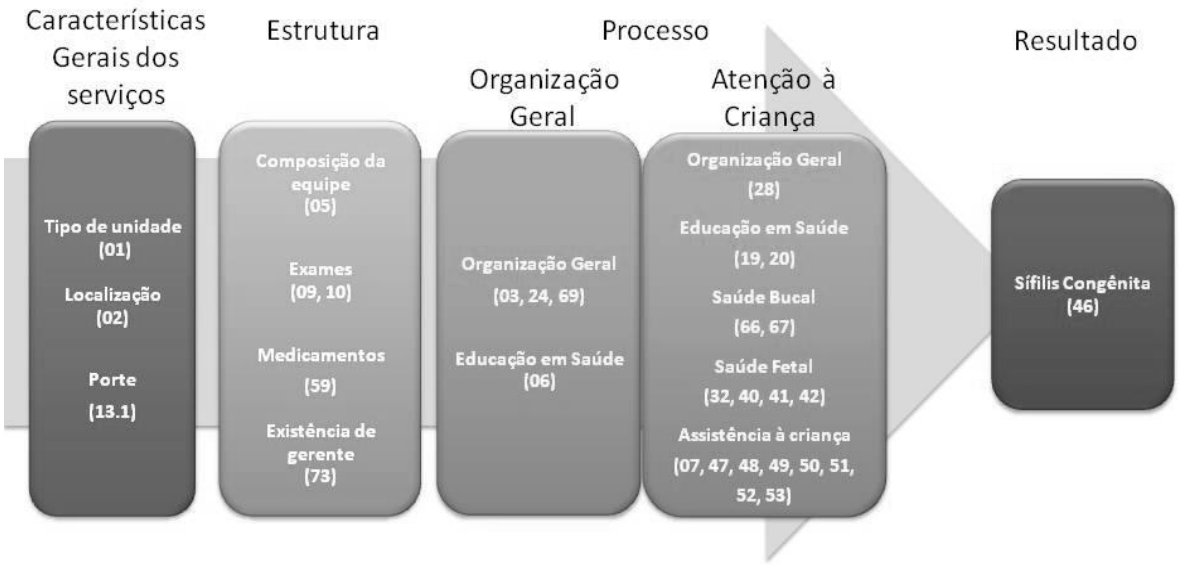


Ilustração 3 – Distribuição de blocos de questões segundo características gerais dos serviços e os componentes estrutura, processo e resultado, QualiAB, 2010.

As questões pertencentes aos blocos *Características Gerais dos Serviços* e *Estrutura* foram utilizadas para uma primeira aproximação dos serviços estudados permitindo entender a realidade local, pois apesar de apresentarem baixa sensibilidade, a disponibilidade de recursos não garante serviços de qualidade. Parte-se do pressuposto de que serviços com estruturas ruins, sempre apresentarão comprometimento em seu processo de trabalho (NEMES, 2001), e, desta forma, as questões pertencentes ao bloco *Processo* foram separadas entre organização geral do serviço e organização da assistência à criança e categorizadas por variáveis indicativas de qualidade responsáveis pelos *Resultados*.

Para análise da atenção à saúde da Criança foram excluídos 48 serviços que afirmaram não atender criança.

Para descrever as características de Estrutura e Processo dos serviços de APS do estado de São Paulo, apresentaremos inicialmente as variáveis referentes aos blocos: *Características Gerais dos Serviços* (tipo de unidade, localização e porte do serviço), *Estrutura* (composição da equipe, exames colhidos na unidade, disponibilidade de medicamentos e existência de gerente) e Processo (Organização Geral: organização geral - planejamento e atividades dos ACS; e estratégias de educação em saúde na comunidade), como características gerais das unidades analisadas, enquanto aspectos que não trazem por si só, implicações específicas para a qualidade da saúde da criança.

Com o intuito de analisar a organização das ações dirigidas à saúde da criança nestes serviços, designamos as variáveis referentes aos blocos: *Processo* (Atenção à Criança: Organização geral - convocação de faltosos, temas de educação em saúde, saúde bucal, saúde fetal e assistência à criança) e *Resultado* (ocorrência de casos de sífilis congênita).

Após a análise de todas as frequências, na tentativa de identificar fatores indicativos de qualidade foi realizada uma distribuição das frequências mais significativas para a atenção à saúde da criança segundo: o tipo de serviço (USF, UBS "tradicional", UBS com ESF/ACS e Outros), composição da equipe (ter pediatra versus não ter pediatra) e aplicação de Penicilina Benzatina (aplicar ou não aplicar o antibiótico).

A tabulação e processamento dos dados e produção das tabelas foram realizados no programa Excel, Statistics e SPSS para *Windows*, considerando o nível de significância dos testes estatísticos de 5%.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Características Gerais, de Estrutura e de Processo dos serviços de APS com atendimento à criança no estado de São Paulo

4.1.1. Características Gerais

Descrevemos a seguir a localização e distribuição dos serviços que participaram da avaliação feita pelo instrumento QualiAB e suas principais características.

Dos 645 municípios pertencentes a 64 Regiões de Saúde, aderiram à pesquisa 586 municípios (90,8%) com resposta de 2.735 serviços pertencentes a 61 Colegiados de Gestão Regional de Saúde (95,3%) (SÃO PAULO, 2008; CASTANHEIRA et al., 2011). Dos 2.735 serviços que responderam o instrumento, compõem o universo de atendimento à criança, 2.687 serviços de APS do estado de São Paulo pertencentes a 585 municípios (Ilustração 4).

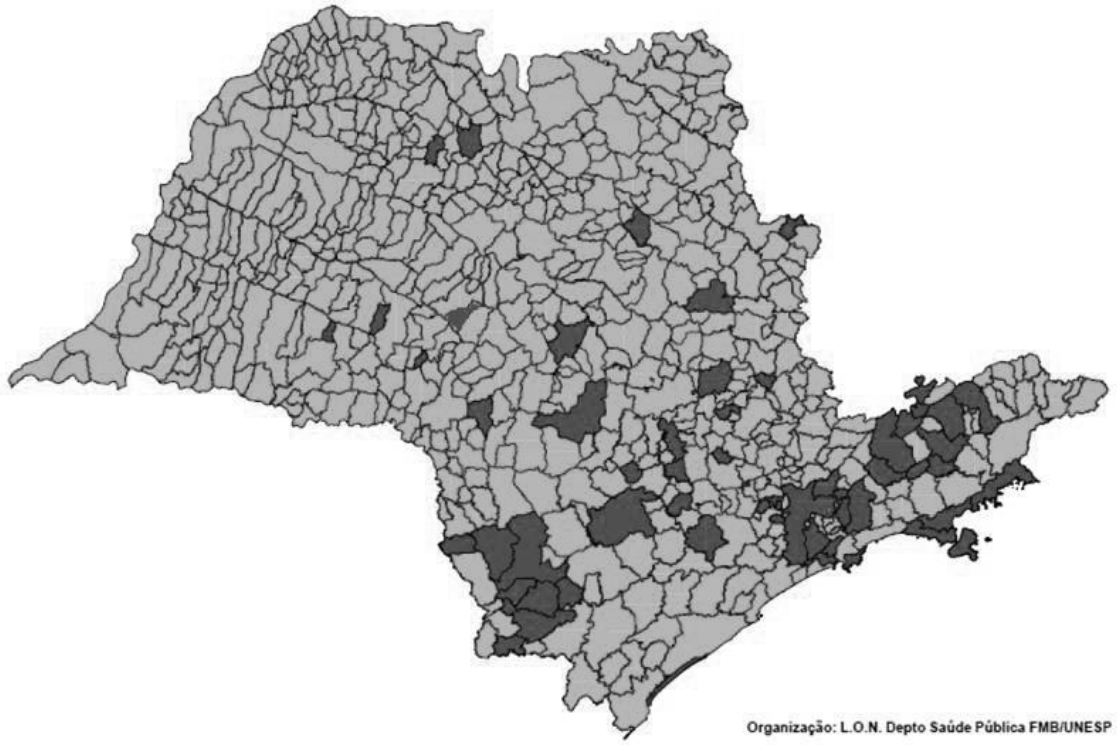


Ilustração 4 – Distribuição no Estado de São Paulo dos municípios que atendem criança entre os que aderiram ao QualiAB 2010.

Em que pese a existência de algumas regiões com um número maior de municípios que não aderiram ao QualiAB e do fato de sua aplicação ter caráter censitário, a elevada cobertura alcançada permite uma ampla visão sobre a organização da APS no estado, especialmente se considerados os municípios com menos de 100 mil habitantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos municípios e unidades que aderiram ao QualiAB e unidades que referiram realizar atenção à saúde da criança, segundo porte populacional, QualiAB, 2010

Habitantes (n)	***Municípios Aderiram (n)***	***Adesão Municípios (total do estado) (%)***	***Total Unidades (n)***	***Total Unidades com Atenção à criança (n)***
< de 10.000	263	94,0	432	425
10.000 a < de 20.000	117	95,9	406	400
20.000 a < de 100.000	158	93,4	1095	1067
100.000 a < de 500.000	43	65,1	663	659
≥ 500.000	5	55,5	139	136
Total	**586**	**90,8**	**2735**	**2.687**

Os questionários foram respondidos em 40,3% dos serviços pela “equipe toda de profissionais” (destacando-se os serviços do tipo Unidades de Saúde da Família) e 34,6% somente pelo gerente da unidade.

A primeira questão do instrumento designa o que denominamos de “tipo de unidade” (Anexo C), definida segundo a composição das equipes. Procura sintetizar uma primeira aproximação com os diferentes arranjos organizacionais identificados na APS diferenciados pela presença ou não de especialistas, equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme tipos identificados em estudos anteriores (CASTANHEIRA et al, 2009; 2011).

Em função da grande diversidade de tipos de serviço de APS encontrados no estado de São Paulo, optou-se por agrupá-los de modo a permitir uma melhor caracterização de seus arranjos organizacionais. Considerando que no critério adotado, agrupou-se os serviços em 04 tipos: 1) Unidade Saúde da Família (USF); 2) Unidade Básica de

Saúde (UBS “tradicional”); 3) Unidade Básica de Saúde com Programa de Agente Comunitário de Saúde e/ou Programa Saúde da Família (UBS com PACS – ESF); e 4) outros (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de unidades agrupadas segundo o tipo de serviço e característica definidora, QualiAB, 2010

Tipo de serviço agrupados	Característica definidora	Total (n)	Total (n)(%)
USF Unidade Saúde da Família	Equipe mínima com ou sem equipe de Saúde Bucal	1190	**(1.313) (48,9%)**
	Com diferentes especialistas	123	
UBS “tradicional” Unidade Básica de Saúde	Área de Saúde da criança, mulher, adulto - com ou sem outras especialidades.	865	**(865) (32,2%)**
UBS - ESF/PACS (Unidade Básica de Saúde com PACS/ESF)	Agrega ≥ 1 equipes de Saúde da Família	152	**(384) (14,3%)**
	Com Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)	232	
Outros	Posto Avançado - não possuem equipe fixa em período integral (equipes volantes)	20	**(125) (4,7%)**
	Unidades atípicas	105	
Total		**2.687**	**2.687**

A partir do agrupamento realizado na tabela 3 os serviços respondentes ficaram concentrados principalmente entre aqueles organizados como Unidades de Saúde da Família (48,9%) e aqueles que podemos considerar como UBS "tradicionais” (32,2%), que juntos representam 81,1% dos serviços avaliados, restando 14,3% de UBS “mistas” (UBS – ESF/PACS) e, 4,7% de outros.

Segundo os dados divulgados pelo Documento Norteador da Atenção Básica no Estado de São Paulo (2010c), a APS no Estado é composta por aproximadamente 30% de USF, e por uma grande parcela de UBS “tradicionais” e UBS com ESF e/ou PACS. Situação diferente da encontrada na região Nordeste, com aproximadamente 71% de USF e um

pouco mais próxima da região Sul do país com 41% de USF (PICCINI et al., 2007; SÃO PAULO, 2010b).

O universo de serviços aqui analisados tem uma proporção maior de USF do que a observada para o Estado como um todo por contar com uma maior adesão das unidades localizadas em municípios de menor porte onde se concentram as USF (tabela 2).

O estado de São Paulo tem larga tradição em possuir uma extensa rede de serviços de APS, tanto na capital como no interior. Só na capital entre 1974 e 1984, houve um aumento de 173 para 314 unidades de APS, num período pré-SUS. Em 2010, o estado de São Paulo já contava com uma média de 9.211 habitantes por unidade de saúde, relação que diminui para os municípios menores, em torno de 3.000 habitantes por unidade, e aumenta para os maiores, chegando a uma média de 20.000 habitantes por unidade na Grande São Paulo (MONTEIRO et al., 1988; 2000; SÃO PAULO, 2010a; ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

No universo analisado a maior concentração dos serviços de APS está localizada nas áreas urbanas/periféricas (57,2%), seguidos da urbana/central (33,3%), e apenas 9,5% dos serviços encontram-se localizados em áreas rurais.

Observamos que as USF seguem uma tendência nacional, encontrando-se com maior frequência nas áreas urbanas/periféricas (65,8%), enquanto tanto as UBS "tradicionais" como as UBS – ESF/PACS se dividem entre as regiões urbanas/periféricas e urbanas/centrais (respectivamente: UBS=49,4% e 42,1%; UBS- ESF/PACS =53,1% e 41,9), embora mantenha-se uma tendência geral de maior número de serviços de APS em áreas periféricas.

As unidades classificadas como "outros" incluem dois tipos distintos de serviços: aqueles considerados como atípicos para a APS por associarem atividades de atendimento de urgência/emergência (as antigas unidades mistas), de localização preferencialmente urbana/central (46,4%); e aqueles que contam apenas com equipes volantes, de localização urbana/periférica (33,6%) e rural (20%).

As mesmas tendências quanto à localização dos serviços foram descritas em estudo realizado no ano de 2007 em 37 municípios do centro-oeste (CASTANHEIRA et al., 2009).

Essa distribuição pode ser justificada pelo grande número e manutenção dos antigos Centros de Saúdes no interior paulista, em geral localizados em regiões centrais, enquanto que a maior concentração de USF nas regiões urbano-periféricas se deve

provavelmente à implantação prioritária de serviços de Saúde da Família em áreas de populações carentes, rurais e com menor poder aquisitivo, enquanto uma política de equidade (HENRIQUE; CALVO, 2008).

O "porte" do serviço foi considerado a partir do número médio declarado de consultas médicas para todas as faixas etárias no mês anterior a aplicação do QualiAB por representar a capacidade de produção assistencial da unidade. A maioria dos serviços (29,4%) referiu realizar de 400 a 799 consultas por mês, porém, encontram-se serviços que realizaram menos de 200 consultas (13,8%) e outras com mais de 2.000 (11,5%), mostrando importantes diferenças quanto ao tamanho dos serviços e sua capacidade de produção. Observou-se uma maior concentração de USF de pequeno porte, enquanto as UBS "tradicionais" identificam-se como os serviços de maior porte (tabela 4).

Tabela 4 – Frequencias do número de consultas médicas decalara pelos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010

	Tipo de serviço									
Porte	**USF**		**UBS**		**UBS-ESF/ACS**		**Outros**		**Total**	
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
<200	12,1	42,7	14,6	33,9	9,1	9,4	41,9	14,0	13,8	100,0
200 - 399	30,8	78,5	8,8	14,7	6,3	4,7	8,9	2,1	19,2	100,0
400 - 799	41,4	68,9	17,7	19,4	20,3	9,9	12,1	1,9	29,4	100,0
800 - 1599	11,5	27,2	28,4	44,2	36,5	25,2	10,0	3,2	20,6	100,0
1600 - 1999	1,8	15,8	9,6	56,8	8,0	22,6	5,6	4,8	5,4	100,0
≥ 2000	2,4	10,0	21,0	59,0	19,3	24,0	16,9	6,8	11,5	100,0
Total	100,0	48,9	100,0	32,2	100,0	14,3	100,0	4,6	100,0	100,0

Em função dos resultados observados nas características gerais dos serviços, acredita-se que os serviços denominados Outros não apresentem valores expressivos em relação aos demais tipos de serviço, e desta forma, foram excluídos das próximas análises.

4.1.2. Características de Estrutura

Em relação à estrutura serão apresentados variáveis relativas à gerência e composição das equipes, os exames realizados e dispensação de medicamentos.

O universo estudado apontou que 64,6% das unidades respondentes são gerenciados por enfermeiros. Chama atenção a existência de 11,1% unidades gerenciadas diretamente pela Secretaria de Saúde Municipal, além de 4,9% de unidades sem gerência.

Das unidades sem gerência local, 43,9% são do tipo "UBS tradicional" e 39,4% são USF. Entre aqueles em que a gerência é exercida diretamente pela Secretaria de Saúde Municipal, 39,8% são UBS "tradicionais"; 26,4% são UBS - ESF/PACS) e 26,1% são USF.

Considerando a presença de pelo menos 01 Médico fixo na unidade, entre as especialidades médicas envolvidas na atenção ao período fetal e à criança, observou-se a seguinte distribuição: Médico de Família (47,1%), Pediatra (45,4%) e Ginecologista (42,7%). Cabe destacar que 05 unidades não responderam sobre a presença ou não do médico pediatra compondo a equipe fixa do serviço. Os cirurgiões dentistas integram a equipe fixa em 68,9% dos serviços. O enfermeiro é o profissional mais presente entre os profissionais fixos na unidade de saúde (93,2%). O auxiliar e técnico de enfermagem encontram-se presente em 78,5% e 52,5%, respectivamente, e 63,2% referiram possuir Agente Comunitário de Saúde.

Como esperado, os Médicos de família e Agentes Comunitários estão mais presentes nas USF (86,6% e 73,3% respectivamente), enquanto os médicos Pediatras e ginecologistas concentram-se nas UBS "tradicionais" (54,4% e 53,7% respectivamente). Chamam atenção as diferenças do que seria o esperado nas USF, especialmente em relação aos agentes comunitários, uma vez que o trabalho do médico de família pode estar sendo realizado por médicos gerais, mas não há outros profissionais que realizem o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Do mesmo modo, chama atenção a ausência de pediatras e ginecologistas em grande número de UBS.

A disponibilidade de insumos básicos foi mensurada a partir da realização de exames e da dispensa de medicamentos na unidade.

Em relação aos exames realizados na própria unidade, observa-se a oferta do teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou βHCG – em 55,4% dos serviços; coleta de exames laboratoriais em 68%; teste do pezinho em 43,6%; e em 11,9% a realização do teste

para tuberculose (PPD). Os resultados sugerem que são as USF os serviços que mais ofertam teste de gravidez, enquanto que o teste para tuberculose é mais disponibilizado nos serviços do tipo UBS "tradicional".

Em relação ao teste do pezinho vale observar as recomendações para que este procedimento seja realizado preferencialmente antes da alta hospitalar, logo após o nascimento, o que possivelmente explica as baixas frequências obtidas na APS no presente trabalho (BRASIL, 2013a).

Do total de unidades estudadas, 85,1% referem dispensar medicamentos na unidade, das quais 65,1% afirmam não faltar medicamentos essenciais, enquanto 5,8% dos serviços referem a falta dos antibióticos mais utilizados. Quando comparamos os tipos de unidades observamos uma propensão às USF em relatarem não dispensar medicamentos (46,9%) e referirem a falta de antibiótico (50%).

Cabe destacar que a Penicilina Benzatina, segundo a Portaria GM/MS 2084 de 2005, é um antibiótico que pertence ao Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos da assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006a). Araujo et al. (2010) aponta que 46,5% das equipes visitadas na avaliação normativa da Estratégia Saúde da Família em 2008 referiram não disponibilizar este antibiótico em quantidade suficiente.

4.1.3. Características de Processo dos serviços de APS

As questões apresentadas a seguir referem-se a duas dimensões compostas por variáveis de processo: organização geral da assistência e educação em saúde. Foram valorizadas nestas dimensões as variáveis que dizem respeito direta ou indiretamente à saúde da criança.

Dimensão: Organização Geral da Assistência

O universo aqui analisado demonstrou que em pelo menos 36,7% dos serviços de APS a delimitação da área de abrangência é aberta para todos que procurem atendimento, sem delimitação planejada, ou é delimitada pela facilidade de acesso dos moradores dos bairros próximos, pela prática.

Entre os diferentes tipos de serviço, as USF parecem ser as unidades que mais exercem planejamento para a delimitação da área de abrangência. No entanto, chama a

atenção o fato de 11,8% destes serviços não utilizarem a territorialização em sua prática, uma vez que esta se constitui como uma das principais características deste modelo, enquanto medida necessária para o vínculo equipe-comunidade e responsabilização pela saúde do território (SÃO PAULO, 2010a).

Estudo em municípios no interior do estado de São Paulo demonstra números semelhantes, com a maioria das unidades (62%) sem planejamento na área de abrangência ou determinada pelo fluxo de usuários, sendo as USF os serviços que mais relataram ter área de atuação planejada. Já, estudos de Linha de Base do Proesf em municípios das regiões do Sul e Nordeste brasileiros demonstram números superiores de unidades com áreas planejadas, sendo aproximadamente 96% das USF no Sul e no Nordeste, cobertas por área geográfica definida, enquanto que nas UBS "tradicionais" a proporção foi de 51% no Sul e 33% no Nordeste (FACCHINI et al., 2006; CASTANHEIRA et al., 2009).

A oferta de consultas médicas agendadas demonstra planejamento e facilidade no acesso, no entanto, é de extrema importância a oferta simultânea de consultas para não agendados, pois sua presença aponta a abertura da unidade para demandas eventuais e para outras não identificadas pelo serviço. Quanto à proporção aproximada entre o número de Consultas Agendadas e o de Consultas não agendadas (tipo Pronto Atendimento), 51,1% dos serviços declarou uma proporção de 70% para agendadas e 30% para não agendadas. Vale destacar que 13,1% das unidades afirmam que a distribuição das consultas médicas se dá na proporção de 30% para agendados e 70% para não agendados. Destaca-se ainda que 5,1% dos serviços não realizam agendamento em 100% dos casos e outros 4,4% só atendem casos agendados.

Entre os diferentes tipos de serviços, os resultados sugerem que são as USF as unidades que mais trabalhar com 100% de não agendados (57,4%), enquanto as UBS "tradicionais" as que disponibilizam 100% de agendamento (47,9%).

Aplicação do QualiAB em serviços localizados na região Centro-oeste do estado de São Paulo demonstra que, no ano de 2007, os serviços se polarizavam entre aqueles que com 70 e 100% de consultas médicas agendadas (37,6%), e aqueles que realizavam entre 70 e 100% de não agendadas (39,4%,), destacando a concentração das USF entre as unidades que realizam maior proporção de consultas agendadas (CASTANHEIRA et al., 2009).

As ações de rotina desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, em diferentes momentos do trabalho, estão voltadas: 66% ao cadastramento das famílias e

visita domiciliar, 61,6% para captação ativa de pré-natal e vacinação e 59,8% para captação ativa de crianças menores de um ano, com igual importância (59,2%) para as atividades de educação em saúde.

Dimensão: Educação em Saúde

As atividades voltadas para a educação em saúde favorecem o vínculo com a comunidade e a partir da troca e da valorização dos saberes da comunidade com o serviço de saúde, favorecem o empoderamento do usuário, aumentando a corresponsabilidade pela saúde e o comprometimento com o cuidado (OMS, 2008; SÃO PAULO, 2010a).

As unidades referem oferta de atividades de educação em saúde tanto na própria unidade, como fora dela, ou seja, na comunidade (ou "extramuros"), porém, destaca-se uma tendência de maior concentração das ações desenvolvidas na própria unidade.

Em relação às estratégias de educação em saúde desenvolvidas na comunidade no último ano, 82,5% dos serviços declaram ter realizado campanhas anuais sobre diferentes temas; 58,8% atividades periódicas junto a instituições, como: igrejas, escolas, creches e associações de moradores; e 46,3% referem realizar atividades em conjunto com outras secretarias do município, como a de Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Esporte.

Entre os diferentes tipos de serviços, os resultados sugerem serem as USF as unidades que utilizam uma maior diversidade de estratégias educativas.

4.2. Organização da Atenção à Criança em serviços de APS no estado de São Paulo

4.2.1 Características de Processo

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil apresenta as principais diretrizes a serem seguidas para formulação de políticas de atenção à criança, definindo por meio de estratégias padronizadas, as ações a serem desenvolvidas de modo a promover um nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável até os 10 anos de idade (BRASIL, 2004).

A atenção à criança, assim como refere Ciampo (2006), deve: a) acompanhar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual; b) ampliar a

cobertura vacinal; c) promover a educação alimentar e nutricional; d) promover a segurança e a prevenção de acidentes; e) promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico; f) estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade; g) promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias; h) propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação em seu meio social. Além disso, sugere para o Programa de Puericultura, um acompanhamento do nascimento aos 20 anos incompletos, com seguimento distinto entre as diferentes idades.

Essas diretrizes orientam a definição dos padrões atualmente esperados para a atenção à criança em Serviços de APS.

Dimensão: Organização Geral da Assistência à criança

Para o conjunto dos usuários, a convocação de faltosos é desencadeada principalmente pela identificação de resultados alterados de exames (86%). No caso específico das ações dirigidas à criança, a convocação de faltosos é realizada para as seguintes condições: pré-natal (82,1%), vacinação (80,7%), recém-nascidos (58,8% e 63,3% para os de risco), crianças em seguimento na puericultura (47,7%), crianças até 02 anos de idade (30,3%), crianças de risco (61,9%).

A convocação de faltosos representa uma importante ação de vigilância em saúde, além de indicar compromisso e responsabilização com as pessoas em seguimento que apresentem uma condição de risco ou vulnerabilidade diferenciada. Observa-se que 97,5% das USF realizam convocação de faltosos para todas as ações dirigidas à criança, enquanto que 93,9% das UBS “tradicionais”, e 97,9% das UBS – ESF/ACS realizam essa ação de vigilância.

Dimensão: Educação em Saúde

A maior parte das atividades de educação em saúde ocorre na própria unidade, com acesso limitado a seus usuários. Em relação às temáticas presentes, tanto na unidade como na comunidade, nota-se que ainda que temas como educação alimentar (53,5% na unidade e 45% na comunidade) e violência (24,3% na unidade e 24,3% na comunidade) sejam abordados, as ações educativas mais ofertadas são as orientações quanto ao aleitamento materno (76,3% na unidade e 60,6% na comunidade), planejamento familiar

(72,9% na unidade e 55,6% na comunidade) e saúde bucal (64,6% na unidade e 64% na comunidade). Considerando o conjunto das ações educativas, algumas unidades referem não ter realizado nenhuma atividade no último ano: 2,6% na unidade e 6,6% na comunidade.

Entre as atividades desenvolvidas em Grupos, realizadas predominantemente na unidade, destacam-se os grupos de Gestante, com uma frequência aproximada de 30% a mais que os Grupos de Puericultura.

As USF desenvolvem ações educativas que sugerem maiores freqüências do que os demais tipos de serviço, inclusive entre os grupos de puericultura.

Estudo de Linha de Base do Proesf (ELB) realizado no Sul e Nordeste brasileiro comparando os modelos USF e UBS "tradicional" demonstrou que os grupos de gestante com ênfase na promoção da saúde por meio de ações educativas estão presentes em 43% das UBS do Sul e em 50% do Nordeste, enquanto que as ações com grupos de puericultura ocorrem nas regiões Sul em 33% e na região Nordeste em 29% dos serviços. Em ambas as regiões, independente do tipo de serviço (USF ou UBS), os grupos de puericultura foram menos ofertados que os de pré-natal, assim como observado no presente trabalho (PICCINI et al., 2007).

A atuação das unidades em instituições para crianças tem a seguinte distribuição: 57,1% dos serviços realizam vacinação fora da unidade; 55,7% desenvolvem atividades de educação em saúde bucal; 49,8% de educação em saúde geral; 19,2% referem realizar avaliação de acuidade visual, e 22% dos serviços relatam que não realizam nenhuma atividade regular em creches e escolas.

Em relação aos tipos de serviços que desenvolvem atividades extramuros em instituições infantis observamos a presença de: 84,7% das USF; 66,4% das UBS "tradicionais", e 87,5% das UBS – ESF/ACS.

Quando comparamos os serviços que possuem pediatra em sua equipe fixa com aqueles que não possuem, verificamos a participação em instituições para criança de 78,4% das unidades que não possuem o médico pediatra e 77,5% das unidades que possuem pediatra fixo na equipe.

Dimensão: Saúde Bucal

Quanto à oferta de assistência odontológica observou-se que a maioria dos serviços oferece atendimento odontológico por livre demanda para toda a população

(66,5%) e/ou por pronto atendimento por queixa aguda (61,6%). O atendimento para crianças em idade escolar (54,4%) supera aquele dirigido a crianças até 06 anos (46,9%). Destaca-se, ainda que em pequeno número, a oferta de atendimentos preventivos para bebês (36,6%).

Nesta dimensão, também são as USF que ganham destaque na oferta, principalmente nos atendimentos para bebês (55,5%).

Considerando as ações educativas realizadas pelas equipes de saúde bucal, aproximadamente 50% dos serviços referem desenvolver atividades tanto na própria unidade como nas escolas; 38,7% dos serviços referem ações em creche e 30,3% realizam em outros locais.

Vale destacar que 23,2% dos serviços pesquisados não possuem equipe de saúde bucal na unidade, sendo: 23,5% USF; 22,7% UBS; 15,9% UBS – ESF/ACS. Os resultados sugerem serem os serviços do tipo USF os que realizam ações educativas em saúde bucal, tanto na unidade como extramuros, com maior freqüência.

Dimensão: Saúde fetal

A assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento precoces de inúmeras intercorrencias freqüentes durante a gestação e a redução ou controle de condições de risco para a mãe e para o feto. Neste sentido, a organização das ações realizadas durante o pré-natal permite visualizar a oferta de atenção à saúde fetal na APS, como um primeiro momento do cuidado dirigido ao desenvolvimento infantil.

Estudos internacionais demonstram que bebês nascidos de mulheres que tiveram um pré-natal de qualidade eram menos propensos a morrer durante a infância. Por outro lado, há estudos brasileiros que mostram que mesmo com a disponibilidade de protocolos e uma alta cobertura pré-natal, existem diferentes qualidades nos cuidados oferecidos pelos serviços (SILVEIRA et al., 2001; RATHAVUTH; RUIZ-BELTRAN, 2007; ZERE et al., 2012; DONGXU et al., 2012).

Do total de unidades participantes, 2.649 (96,9%) serviços declararam ofertar ações de assistência à saúde da mulher e 89,7% dos serviços realiza pré-natal, ainda que com proporções distintas entre os diferentes tipos de serviço: 91,9% USF; 89,5% UBS; 93% UBS-ESF/ACS.

Os estudos de Monteiro et al. (1988; 2000) na cidade de São Paulo, já apontavam para os anos de 1984/85 e de 1995/96, uma proporção relativamente elevada de gestantes que não tiveram qualquer assistência pré-natal (7,7% no primeiro inquérito e 7,1% no segundo). Mais recentemente, estudo de Linha de Base realizado na região sul e nordeste do Brasil com mulheres com filhos nos últimos dois anos, aponta resultados superiores aos encontrados pelo QualiAB, com a oferta do pré-natal como ação programática em aproximadamente 97% das unidades, tanto nas USF (97% Sul; 97,1% Nordeste) como nas UBS (97,8% Sul; 97,9% Nordeste) de ambas as regiões (FACCHINI et al., 2008).

Para o cuidado da saúde fetal, os exames de rotina solicitados para as gestantes têm por finalidade o diagnóstico precoce de grande parte das afecções originadas durante a gestação e que se não tratadas trazem consequências para o feto, como: incompatibilidade sanguínea, infecção urinária levando a parto prematuro e/ou aborto, infecções como toxoplasmose, sífilis, rubéola ou aids que podem levar a diferentes complicações – imunológicas, neurológicas, cegueira, surdez, malformações, além de agravos para o coração, pulmão, e outros órgãos essências ao desenvolvimento fetal, entre outras.

Os exames mais solicitados para gestantes são: Urina I, VDRL, tipagem sanguínea, sorologia para HIV, toxoplasmose, Hepatite B, Glicemia e Ultrassom obstétrico, com solicitação em aproximadamente 90% dos serviços. Em relação à solicitação de sorologia para sífilis (VDRL; FTA-Abs), 79,7% dos serviços referem que são solicitadas em dois momentos diferentes durante o pré-natal e 9,4% das unidades solicitam sorologia uma única vez.

Em relação aos tipos de serviços que realizam solicitações para sorologia da Sífilis e HIV em dois momentos distintos da gestação, observa-se: 70,4% das USF; 67,6% das UBS “tradicionais”; 77,3% das UBS-ESF/ACS.

Estudo realizado em municípios de grande porte no estado de São Paulo demonstrou que entre as gestantes que realizam o pré-natal, 16 a 31% delas não tinham acesso aos exames laboratoriais básicos, como glicemia, sorologias para sífilis e HIV (SZWARCWALD et al., 2006). Em relação ao exame VDRL, pesquisas apontam uma variação na solicitação de pelo menos uma vez durante o pré-natal de 66 a 95%; e de 0,2 a 20,7% no caso da segunda solicitação até a 30ª semana gestacional (KOFFMAN; BONADIO, 2005; SUCCI et al., 2008; SZWARCWALD et al., 2007).

Quanto ao tratamento dos casos de sífilis, 46,7% dos serviços referem tratar na unidade tanto a gestante como seu parceiro. Tratam apenas a gestante e encaminham o parceiro para serviço de referência 2,8% dos serviços pesquisados, enquanto 41,5% relatam não atender nem a gestantes e nem seu parceiro.

Nos casos diagnosticados de sífilis na gestação, as USF relatam realizar tratamento na própria unidade para a gestante e seu parceiro em 41,3% das unidades, enquanto 51% das UBS "tradicionais" e, 58,9% das UBS-ESF/ACS referem o mesmo procedimento.

Vale lembrar que o tratamento indicado para evitar a ocorrência de sífilis congênita é a aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil) em gestantes com exame sorológico positivo para sífilis, com protocolo reconhecido e reinterado pela Portaria GM/M 156/2006 (BRASIL, 2006b).

Cabe destacar que as condições mínimas para a realização deste tratamento é encontrada em grande parte dos serviços: solicitação de sorologia para sífilis em algum momento da gestação (99,6%); aplicação de tratamento intramuscular (91,2%); disponibilidade de antibiótico na unidade (94,2%); aplicação de Penicilina Benzatina (41,9%); médico (independente de sua especialidade) ou enfermeiro fixo na unidade (95,6%).

Em nosso universo verificamos uma maior concentração de serviços do tipo UBS com ESF/ACS que fazem uso da Penicilina Benzatina, localizados em grande parte em áreas urbanas-periféricas, e parece ser, também esse mesmo tipo de serviço, o que mais relata a ocorrência de sífilis congênita nos últimos três anos.

No entanto, na Tabela 5 podemos observar algumas incoerências, como: 1) os serviços que apresentaram maiores frequências de solicitação de sorologia para sífilis são aqueles que não aplicam penicilina benzatina, ou seja, diagnosticam, mas não tratam; 2) há serviços que aplicam a Penicilina Benzatina em sua rotina, porém, não realizam o tratamento da sífilis durante o pré-natal; 3) em contra partida, há serviços que relatam oferecer o tratamento na unidade e não realizam aplicação deste antibiótico; 4) entre os serviços que declaram a aplicação de Penicilina Benzatina, 10,3% não possuem na equipe fixa da unidade a presença de médico ou enfermeiro.

Tabela 5 – Características referente à saúde da criança nos serviços de APS do estado de São Paulo segundo aplicação de penicilina benzatina na unidade, QualiAB, 2010

	Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)					
	Não aplica (n=1560)		Aplica (n=1127)		Total (n=2687)	
	N	%	N	%	N	%
Solicitação de sorologias para sífilis e AIDS no pré-natal						
1x sífilis – 1x aids	107	61,5	67	38,5	174	100
1x aids – 2x sífilis	160	58,6	113	41,4	273	100
1x sífilis – 2x aids	52	67,5	25	32,5	77	100
2x sífilis – 2x aids	1018	54,6	848	45,4	1866	100
1x sífilis ou aids	11	50,0	11	50,0	22	100
Não solicita	9	81,8	2	18,2	11	100
Execução do tratamento dos casos de sífilis em gestante						
Trata gestante e parceiro	553	44,1	701	55,9	1254	100
Encaminha gestante e parceiro	726	68,6	332	31,4	1058	100
Trata gestante e encaminha parceiro	42	56,8	32	43,2	74	100
Não é realizado tratamento	49	86,0	8	14,0	57	100

Dimensão: Assistência à criança

Todos os serviços que atendem crianças referiram diversidade nas ações programadas de atenção à criança, tanto na unidade, como fora dela, abordando temas previstos na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança. Predominam os atendimentos realizados por meio de consulta médica (98%) e de enfermagem (80,3%), seguidos pelo atendimento odontológico (56%). Grupos de mães e/ou pais são ofertados em apenas 19,4% dos serviços.

Em relação à diversidade de atendimento entre os diferentes tipos de serviço observa-se que: as consultas médicas são realizadas por 98% das USF e UBS-ESF/ACS; as consultas de enfermagem ocorrem em 90,6% das USF e em apenas 68,1% das UBS "tradicionais", enquanto que os grupos com mães e/ou pais são realizados em 24% das USF, 12,1% das UBS e 21,4% das UBS-ESF/ACS.

Faleiros et al. (2005), baseado no Calendário Mínimo de Consultas, estimou que cada criança que é atendida desde o nascimento deve realizar, em média, sete consultas preventivas durante o primeiro ano de vida e que cada mãe deve receber pelo menos 2 horas/ano de educação sobre alimentação da criança, além de informações sobre saúde, imunizações e planejamento familiar. No entanto, vários estudos demonstram falhas parecidas nestas ações, principalmente relacionadas ao registro destes atendimentos, como falta de anotações de peso de nascimento e acompanhamento de peso e medida das crianças (DONABEDIAN, 2005; FALEIROS et al., 2005; PICCINI et al., 2007; ANVERSA et al., 2012).

Entre os procedimentos médicos e de enfermagem de rotina utilizados na atenção a esse grupo, observamos as seguintes frequências: aplicação de tratamento intramuscular (91,2%), inalação (89,6%), vacinação (77,6%), e aplicação de Penicilina Benzatina (41,9%).

Quanto ao tipo de serviço, destacam-se as USF entre os serviços que realizam vacinação e todo o conjunto dos procedimentos selecionados (tabela 6).

Tabela 6 – Procedimentos médicos e de enfermagem na atenção à criança nos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010

Procedimentos médicos e de enfermagem	**Tipo de serviço**				
	USF (%)	**UBS (%)**	**UBS-ESF/ACS (%)**	**Outros (%)**	**Total (%)**
Vacinação	45,8	34,6	16,4	3,2	100,0
Inalação	48,4	32,6	15,0	4,0	100,0
Apl. de Penicilina Benzatina	44,4	31,8	19,8	4,1	100,0
Apl. de intramuscular	50,3	30,6	15,0	4,0	100,0

Seguindo a tendência observada na distribuição quanto ao tipo de serviço, a comparação entre os serviços que possuem pediatra em sua equipe fixa com aqueles que não possuem, demonstra que estes procedimentos ocorrem com maior freqüência nas unidades sem a presença do médico pediatra na equipe fixa. Exceção feita à aplicação de Penicilina Benzatina que se encontra presente com maior frequência nos serviços com pediatra (56,4%); e à vacinação que não apresentou diferença significativa relativa a presença ou não desse profissional.

Embora o estado de São Paulo apresente uma alta cobertura vacinal, chama atenção o fato de nem todas as unidades realizarem vacinação (22,4% dos serviços não ofertam).

A responsabilidade do serviço de APS com a saúde da criança pode ser observada na precocidade da primeira consulta ao recém-nascido. Declararam realizar o agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido: pela maternidade, na alta, pós-parto (33,8%); pelo Banco de Leite (1,7%); conforme demanda espontânea - quando há procura por parte da mãe (57,5%); na última consulta de pré-natal (12,4%); e pela maternidade ou Secretaria de Saúde, no caso de recém-nascido de risco (14,3%). Apenas 2% dos serviços não realizam agendamento para nenhum tipo de atendimento. No entanto, destaca-se 28,3% dos serviços que referem não fazem agendamento, por realizarem as consultas durante visita domiciliar.

Entre os tipos de serviços, em todas as situações referidas, foi possível observar que são as unidades do tipo USF e UBS “tradicionais” as que mais realizam agendamento, com exceção dos serviços que não realizam agendados por efetuarem visita domiciliar - com predominância das USF.

A comparação entre os grupos de serviços com e sem pediatra em sua equipe fixa demonstrou que os serviços com pediatra são os que, aparentemente, mais realizam o agendamento da primeira consulta do recém-nascido na maternidade, na alta (pós-parto). No entanto, são as unidades sem a presença fixa deste profissional as que favorecem a maior precocidade na primeira consulta ao recém-nascido, visto não ser necessário agendar a consulta, já que esta é realizada durante visita domiciliar. Cabe lembrar que a prática da visita domiciliar é predominante nas USF, e que estas são as unidades onde o médico pediatra está menos presente.

O acesso pode ser observado a partir das atividades regularmente programadas para as crianças de todas as idades, sendo as mais abordadas entre os serviços: a

puericultura (87,7%), o aleitamento (87,3%), as orientações para inscrição em programas sociais, como “Viva Leite” e “Bolsa Família” (80%). Seguidos pela desnutrição (73,9%), a obesidade (61,9%), infecções respiratórias na infância - IRA (57%), saúde do escolar (33,9%) e violência (30,8%).

Observou-se neste universo que o atendimento das crianças até dois anos de idade aborda com maior frequência os conteúdos mais tradicionais do atendimento à criança – avaliação de peso, comprimento ou altura (96,8%), vacinação (93,7%), aleitamento materno (92,3%) e orientações sobre alimentação (92,5%). Seguidos pela avaliação do perímetro cefálico em menores de 01 ano (77,9%); cuidados de promoção da saúde da criança (75,7%); identificação de alterações na saúde (75,5%); desenvolvimento neuropsicomotor (70,5%); prevenção de acidentes (58,2%); e 19,3% dos serviços referiram abordarem outros conteúdos.

Em relação aos adolescentes, 65,2% dos serviços referem disponibilizar ações regularmente programadas para este grupo. Entre as necessidades de saúde abordadas nestes serviços estão as orientações sobre: sexualidade e prevenção de DST/Aids (61,3%); uso de drogas (43,8%); desenvolvimento/mudanças na adolescencia (39,2%); educação em saúde nas escolas (34,2%); obesidade (28,5%); e violência doméstica (19,7%).

Valem destacar, que nas atividades programadas tanto para a atenção às crianças em todas as idades, como para ao adolescente, os resultados sugerem os serviços que não possuem o médico pediatra na sua equipe fixa, os que mais relaram exercer estas ações, visto seguirem a tendência já observada de maior concentração nas USF, serviços estes, sem a presença do médico pediatra fixo na equipe (Tabela 7).

Tabela 7 – Ações programadas para a atenção à criança e adolescente nos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010

	Tipo de serviço				
	USF (%)	**UBS (%)**	**UBS-ESF/ACS (%)**	**Outros (%)**	**Total (%)**
Ações programadas para crianças de todas as idades					
Aleitamento	51,2	30,6	14,6	3,6	100,0
Puericultura	51,1	30,7	14,6	3,5	100,0
Desnutrição	51,3	30,5	14,6	3,6	100,0
Obesidade	52,5	29,4	14,3	3,7	100,0
IRA	51,5	29,7	14,8	4,0	100,0
Saúde do escolar	56,8	24,4	14,5	4,4	100,0
Violência doméstica	56,2	26,0	13,7	4,1	100,0
Orientações - programas sociais	50,1	32,1	14,1	3,6	100,0
Ações programadas para atenção ao adolescente					
Desenvolvimento na adolescência	57,5	22,9	16,2	3,4	100,0
Sexualidade, prevenção de DST/aids	54,8	25,9	16,0	3,3	100,0
Uso de drogas	57,0	24,4	15,9	2,7	100,0
Violência doméstica	55,2	26,7	14,4	3,8	100,0
Obesidade	56,4	24,4	15,7	3,5	100,0
Educação em saúde nas escolas	56,1	23,7	16,8	3,4	100,0
Não existem atividades específicas	37,9	43,9	11,4	6,8	100,0
Total	**48,9**	**32,2**	**14,3**	**4,7**	**100,0**

Estudos realizados na atenção à saúde da criança em Porto Alegre/RS verificaram maior adequação das USF às dimensões da APS (52%) em relação as UBS "tradicionais" (27%), propiciando às crianças vinculadas à USF, maiores chances de receber alta qualidade de APS que as crianças matriculadas nas UBS "tradicionais" (KOFFMAN; BONADIO, 2005; HARZHEIM et al, 2006).

Resultados parecidos foram observados em estudo realizado entre os anos de 1990 a 2002 sobre a implantação da ESF, que apresentaram uma redução de 50% na prevalência da desnutrição infantil crônica no Brasil, e pesquisa com base nos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher – PNDS, em 2007 apontou 33% de redução de crianças até 5 anos com baixo peso nos serviços com este modelo organizacional (MACINKO, et al., 2006; MONTEIRO, 2009).

Pesquisa comparativa entre os serviços USF e UBS "Tradicional" realizada em Belém/PA, demonstrou que entre os médicos das UBS estão a maior concentração de pediatras (92,5%) e que a média de conhecimento sobre a saúde da criança foi maior quando comparada a dos médicos da USF, que são compostos 90% por clínicos gerais; já entre os enfermeiros, foram os da USF os que mais se destacaram. O autor levanta a hipótese de que a escolha em trabalhar na USF "já demonstre uma maior preocupação entre esses enfermeiros com a saúde da criança de forma integral, incluindo o seu desenvolvimento" (FIGUEIRAS et al., 2003, p.1696).

Esta propensão dos serviços USF se destacarem, mesmo sem a presença do pediatra, em relação aos serviços "tradicionais" na atenção à saúde da criança, também pode ser justifica pela organização deste serviço que requer "além das atuações em consultas, visitas e grupos, o desenvolvimento do vínculo, compromisso e corresponsabilidade não só com o individuo ou sua família, mas também com o meio em que ela está inserida (a sua comunidade)" (KITAMURA, 2004).

Pesquisa do projeto AMQ realizada no Município de Montes Claros/MG avaliou nos serviços do tipo PSF que a saúde do adolescente é a dimensão que apresenta escores mais baixos (SILVA; CALDEIRA, 2010). Concordando com esses resultados, a aplicação do QualiAB em 37 municípios do estado de São Paulo em 2007 demonstrou que apenas 6% dos serviços participantes relataram desenvolver ações programáticas para a saúde dos adolescentes, sem diferenças expressivas entre USF e UBS (CASTANHEIRA et al., 2009).

Apesar do aumento de serviços que disponibilizam ações programadas para adolescentes, observamos que se trata de ações, predominantemente, de educação em saúde, dirigidas a temas específicos como a sexualidade e prevenção de DST/Aids.

4.2.2. Características de Resultado na Atenção à Criança

Entre os respondentes 13,7% dos serviços referem ocorrência de casos de sífilis congênita em gestantes que realizaram pré-natal na unidade nos últimos 3 anos e, 11,6% dos serviços declaram não ter este tipo de informação. Nota-se uma propensão nas unidades do tipo UBS com ESF/ACS em reconheceram a ocorrência de casos (Tabela 8).

Tabela 8 – Ocorrência de casos de sífilis congênita entre gestantes que realizaram o pré-natal nos serviços de APS no estado de São Paulo segundo tipos de serviços, QualiAB, 2010

	Tipo de serviço				
	USF (%)	**UBS (%)**	**UBS-ESF/ACS (%)**	**Outros (%)**	**Total (%)**
Ocorrência de casos de sífilis congênita					
Sim	11,4	15,6	17,2	14,4	13,7
Não	68,5	62,1	69,0	40,8	65,2
Não sabe informar	12,3	12,4	9,1	5,6	11,6
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Observamos que 52,8% das unidades que aplicam a Penicilina Benzatina informaram a ocorrência dos casos. Entre os serviços que não aplicam o antibiótico na unidade, 62,7% responderam não saber informar e 56,7% relataram não ter havido ocorrência nos últimos 03 anos. É possível que os serviços que aplicam a Penicilina Benzatina estejam mais atentos a esse problema e valorizem a ocorrência de casos, ou seja, informem melhor do que aqueles que não o fazem.

Segundo o boletim epidemiológico sobre sífilis, chama atenção, em nosso estado, o aumento gradativo das taxas de casos de sífilis congênita: 1,3 em 2009; 1,9 em 2010; 2,5 em 2011 (BRASIL, 2012c).

Um estudo em Caxias do Sul/RS verificou a presença de acompanhamento pré-natal em 78,4% de 150 gestantes portadoras de sífilis, com ausência de tratamento em 14,9% e tratamento inadequado em 44,6%. E em estimativa do Ministério da Saúde, a subnotificação dos casos de sífilis congênita em nível nacional pode atingir níveis ao redor de 75% dos casos (DE LORENZI et al., 2002; BRASIL, 2005).

A sífilis congênita é um dos mais graves desfechos adversos preveníveis da gestação, é uma doença de notificação compulsória desde 1986, com ações de controle da transmissão vertical implementadas com maior rigor pelo menos desde 2005. É considerado um evento sentinela, tendo como esperado que sua ocorrência tenda a zero (BRASIL, 2006a).

Deve-se destacar que aproximadamente 40% dos serviços do universo pesquisado apresentam condições para a não ocorrência de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram pré-natal nas unidades. E reforçam a necessidade de melhorias, principalmente em relação à saúde fetal, tendo em vista as contradições existentes nas ações realizadas quanto ao tratamento da sífilis, como a não aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil) por 58,1% do total dos serviços, apesar de 91,2% das unidades realizarem aplicação de tratamento intramuscular. Além disso, 41,5% do total de serviços não tratam a gestante, por encaminharem para outro serviço ou por não realizarem esse tipo de tratamento, e um número maior ainda, 44,3% (n=1.189) não tratam o parceiro.

Estes dados, somados a não solicitação de sorologia para sífilis em algumas unidades (n=11; 0,4%) ou uma única solicitação durante o acompanhamento do pré-natal (n=251; 9,4%), indicam a ocorrência de importantes falhas nesse processo de trabalho. Tendo em vista a transcendência da sífilis congênita, a existência de protocolos legitimados, largamente difundidos, o baixo custo dos insumos necessários ao diagnóstico e tratamento e sua disponibilidade em grande parte dos serviços, pode-se afirmar a existência de condições de estrutura nos serviços de APS suficientes para uma abordagem adequada e mesmo para caminhar-se para a erradicação da sífilis congênita, que, no entanto, esbarram nas falhas presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2006b; NOVAES, 2009; SÃO PAULO, 2010a).

As análises relacionadas à atenção à saúde da criança apontam como fatores preditores de qualidade, a organização do modelo assistencial em detrimento a composição de equipe, e apontou serem os serviços do tipo USF os que mais se aproximam das políticas preconizadas pelo SUS, assim como o já observado na aplicação do QualiAB no ano de 2007.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tecnologias de atenção à saúde dirigida à criança integram o processo de reprodução social e têm os serviços de saúde como lócus privilegiado de intervenção que assim participam do processo de criação das condições necessárias ao desenvolvimento da vida política, social e econômica e de sua organização. A caracterização da organização da atenção à saúde da criança nos serviços de APS teve por finalidade contribuir com a discussão sobre as práticas de saúde atualmente dirigidas a esse grupo de modo a contribuir com o debate sobre a qualidade do cuidado.

As políticas atuais de Atenção à Saúde da Criança apontam para o desenvolvimento de práticas que possam tomá-la como sujeito de direitos, a partir da incorporação e busca por traduções tecnológicas dos conceitos de universalidade, integralidade e equidade, representados nos protocolos propostos nas linhas de cuidado e na Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.

Na atenção primária, a implantação e expansão das USF têm representado uma política de equidade que procura fortalecer os direitos de cidadania, inclusive da criança, preconizando a delimitação de áreas de abrangência, descentralização e maior proximidade e conhecimento da população atendida, norteando as ações pelo princípio da integralidade.

Em que pese a existência dessas políticas, a organização das práticas operadas nos serviços de APS mantém características de estrutura e processo que comprometem a qualidade desejada, mesmo considerando os limites de um instrumento de auto-aplicação. Chama atenção algumas características como:

- Unidades que não possuem gerência ou são gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Muitas unidades sem delimitação de área de abrangência, ofertando serviços sem planejamento e organizadas para atender preferencialmente a livre demanda, sem agendamento ou com agendamento, mas baixa convocação de faltosos;
- Existência de Unidades Saúde da Família sem o Agente Comunitário em sua composição;

- Agentes comunitários com atividades limitadas ao cadastramento de famílias, sem ações de vigilância à saúde, como busca ativa de pré-natal ou crianças em condições de risco ou vulnerabilidade social;
- Falhas observadas no seguimento de protocolos, particularmente evidenciadas no caso do tratamento da sífilis durante o pré-natal;
- Baixa frequência na realização de grupos de pais e/ou mães;
- Número elevado de serviços que não aplicam medicamentos essenciais ao atendimento à criança, como a Penicilina Benzatina;
- Predomínio das ações educativas mais tradicionais em relação a abordagem de temas emergentes como a violência
- Tendência a um melhor desempenho das Unidades de Saúde da Família;

Os aspectos apontados são importantes fatores a serem pensados na busca por práticas mais coerentes com as proposições políticas enunciadas para a saúde da criança pelo SUS. Cabe aos gestores, gerentes e equipes dos serviços uma reflexão sobre a intencionalidade na organização do processo de trabalho, no sentido de analisar quais modelos queremos produzir e se estes estão condizentes com as diretrizes propostas.

Observamos na organização dos serviços analisados a disponibilidade de estruturas adequadas para a atenção à criança, porém, mesmo perante normas e critérios bem definidos no país, evidenciou-se uma prática com predomínio de ações que não contemplam a criança de direitos já incorporados nas políticas públicas atuais.

Enquanto a percepção de um novo modelo assistencial, já preconizado pelo SUS, não for organizado nos serviços de APS do estado de São Paulo, a prática centrada na consulta do médico e de enfermagem, na falta de planejamento e de acompanhamento, não será transformada.

Os problemas e falhas identificadas na organização dos serviços comprometem a qualidade na atenção à criança, porém, referem-se a questões passíveis de enfrentamento e superação. No entanto, na busca por desenvolver mecanismos normativos de aprimoramento das práticas na APS coerentes com o fortalecimento da “criança cidadã”, portadoras de direitos, é necessário manter uma postura crítica sobre as necessidades reproduzidas, o que deve estar na base de questionamentos de futuras investigações sobre a qualidade da atenção à criança para um melhor enfrentamento do desafio de desenvolver

tecnologias de cuidado que a fortaleçam como sujeito social. Nesse sentido, ao avançarmos no cumprimento de protocolos e padrões preconizados devemos estar atentos ao quanto simultaneamente essas políticas se alinham com a reprodução de uma criança, um adolescente, como um “novo” consumidor, questionando-nos sobre como diferenciar o acesso a serviços de saúde de qualidade como direito social de sua descaracterização como um acesso a bens de consumo.

As reflexões neste estudo reforçam a necessidade de investimentos na organização dos serviços de APS que valorizem a capacitação técnica, mas também, o compromisso e a responsabilização dos profissionais envolvidos. Alem disso, fortalece a necessidade de avaliações que apontem os fatores determinantes na qualidade da Atenção à Saúde da Criança, para que se possa promover a melhoria dos serviços com base no conhecimento da realidade local, incrementando a cultura avaliativa e instituindo processos de monitoramento com avaliações periódicas que possam contar com a participação direta dos profissionais envolvidos no cotidiano dos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: GASTÃO W.S.C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saúde soc**. v.20, n.4, São Paulo, 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: jan. 2013.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.4, p.789-800, Rio de Janeiro, abr., 2012. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 02 mai. 2012.

ARAUJO, C.L. et al. Incidência da sífi lis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.3, p.479-86, 2012.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Tradução Dora Flaksman, 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil – caderno de atenção básica. Brasília: 2002. Disponível em <http://pt.scribd.com/boliveira_118/d/70781208-BRASIL-Saude-da-Crianca-Acompanhamento-do-Crescimento-e-Desenvolvimento-Infantil>. Acesso em: mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e AIDS 2005. Brasília: 2005. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/aids/pdf/plano_estrategico_2005.pdf. Acesso em: dez.2013.

_____. Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica.** Siílis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília: 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: 2006b. Disponível em < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_m.pdf>. Acesso em: mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde:** conceitos, métodos e diretrizes. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**, Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v.1, Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em: mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Instrução Normativa referente ao calendário nacional de vacinação**. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Histórico de cobertura Saúde da Família**. [2013b]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php >. Acesso em: jan. 2014.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação:** conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BROWN, D.W. Child Immunization Cards: Essential Yet Underutilized in National Immunization Programmes. **Open Vaccine Journal**. vol.5, n.1, p. 1-7, 2012. Disponível em < http://benthamscience.com/open/openaccess.php?tovacj/articles/V005/1TOVACJ.htm>. Acesso em: mar. 2012.

CAMPBELL, S.M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **BMJ**, v.326, apr.,2002.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2, abr./jun., 2009.

_____. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.935-947, dez. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>. Acesso em: fev. 2012.

CIAMPO, L.A. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva,** v.11 n.3 p. 739-743, Rio de Janeiro jul./set. 2006.

DE LORENZI et at. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul/RS no período de 1998-2002. **Jornal Bras. Doenças Sex. Transm**., 17:5-9, 2005.

DEL CIAMPO, L.A.; RICCO R.G.; ROSA F. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. **Pediatria**, 1994; 16(4):158-61.

DIDONET, V. et al. **Plano Nacional pela Primeira Infância**, versão revisada, Brasília, 2010.

DONABEDIAN, A. Some issues in evaluating the quality of nursing care. **Measuring and evaluting nursing care.** v. 59, n. 10, oct., 1969.

_____. Assessment of technology and quality. **Intl. J. of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

DONGXU, W. et al. Factors associated with the utilization and quality of prenatal care in western rural regions of China. **Health Education**, v. 112, n. 1, p. 4-14, 2012. Disponível em < http://dx.doi.org/10.1108/09654281211190227>. Acesso em: mai. 2012.

DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. **Medical Care**. v.49, n.6, Jun. 2011.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.633-641, set. 2006. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>. Acesso em: jan. 2012.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.1, Rio de Janeiro, 2008.

FALEIROS, J.J. et al. Avaliação do Impacto de um Programa de Puericultura na Promoção da Amamentação Exclusiva. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p. 482-489, Rio de Janeiro, mar./abr., 2005.

FIGUEIRAS, A.C.M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1691-1699, Rio de Janeiro, nov./dez., 2003.

FIGUEIREDO, G.L.A, MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Latino-americana de Enfermagem**. v.15, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: jul.2013.

FREIRE, M.M.L.; LEONY,V.S. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, p.199-225, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500011>. Acesso em: jul. 2013.

FROTA, M.A. et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**. v.1, n.3, p. 129-132, 2010. Disponível em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/42>. Acesso em: jul. 2013.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: GASTÃO W.S.C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GOMES, F.Z.; ADORNO, R.C.F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde: Revisão histórica do conceito de criança. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.24, n.3, p. 204-211, 1990. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n3/06.pdf>. Acesso em: jun. 2013.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, ago, 2006.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4, p. 809-819, Rio de Janeiro, abr. 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**, 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: jan. 2012.

IYDA, M. **Cem Anos de Saúde Pública**: a cidadania negada. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

KITAMURA, R.J. O Programa Saúde da Família e a Pediatria. Disponível em HTTP://www.apmfc.org.br/App_Files/Artigos/o_programa.pdf. Acesso em: jan. 2014.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.5, n.1, p.23-32, Recife, dez., 2005.

MACINKO, J. et al. Na evaluation of the Family Health Program on Infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol Community Health.** v.60, p. 13-19, 2006.

MALTA, D.C. et al. Avoidable causes of infant mortality in Brazil, 1997-2006: Contributions to performance evaluation of the unified national health system. **Cadernos de Saúde Publica**. v.26, n. 3, p. 481-491, mar. 2010.

MASCARENHAS, R.S., História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, n.7, p.433-46, 1973. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n1/27108.pdf>. Acesso em: fev. 2013.

MENDES-GONÇALVES, R.B. A saúde no Brasil, algumas características do processo histórico nos anos 80. **São Paulo em Perspectiva**, v.5, n.1, p.99-106, jan./mar. 1991.

_____. **Tecnologia e Organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC|ABRASCO, 1994.

MONTEIRO, A.I.; FERRIANI, M.G.C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 99-106, Jan. 2000.

MONTEIRO, C.A. et al. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. IX - Cobertura e qualidade da assistência materno-infantil. **Rev. Saúde Pública**. v.22, n.3, São Paulo, jun. 1988.

_____. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública.** v.34, n.6, São Paulo, dez. 2000.

_____. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública,** v.43, n.1, p.35-43, 2009.

NEMES, M.I.B. **Avaliação em Saúde**: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologas em Saúde. **Rev. Saúde Pública** v.34 n.5 p. 547-59. São Paulo out. 2000.

_____. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: dez.2012.

_____. A puericultura em questão. In: Mota, A.; Schraiber, L.B. (org). **Infância & Saúde**: perspectivas históricas. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 35 p., Washington: Mar. 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

OMS. **The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever**. Geneva, 2008. Disponível em <www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acesso em: abr. 2012.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet.** v.377, n.9779, p.1778–97, may. 2011. Disponível em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext>. Acesso em: mai. 2012.

PICCINI, R.X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. v.7 n.1 p. 75-82, Recife, jan./mar. 2007.

PINHO, V.P. **Avaliação de um sistema de informações para o nível local do Sistema Único de Saúde, através de dados de atendimento médico em Centros de Saúde de Botucatu – SP**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Botucatu, 2003.

RATHAVUTH, H.; RUIZ-BELTRAN, M. Impact of Prenatal Care on Infant Survival in Bangladesh. **Maternal and Child Health Journal**, V. 11, n. 2, p. 199-206, Mar. 2007.

RICCO, R.G. et al. **Puericultura:** temas de pedriatria 80. São Paulo: Nestlê; 2005.

SAINT-EXUPÉRY, A. O Pequeno Príncipe. Tradução de Dom Marcos Barbosa. 28ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1985.

SALA, A.; MENDES, J.D.V. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.912-926, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Pacto pela Saúde** – Plano diretor de Regionalização do Estado de São Paulo, São Paulo, 2008a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**, São Paulo, 2008b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda do gestor municipal de saúde no estado de São Paulo**, 1ªed. Revisada, 320p., São Paulo, 2010a. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/agenda-do-gestor-municipal-de-saude-no-estado-de-sao-paulo_1-edicao-revisada_2010/agenda_2010.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo.** São Paulo: SES, 2010b. Disponível em <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//indicadores_de_saude_est_sp_ses_10.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da Qualidade da Consulta de Enfermagem à Criança no Programa de Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.20, n.1, p.55-61, mar. 2007.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: _____. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Hucitec, 2000. p.29-47.

SCHULTZ*, E.S.;* BARROS, S.M. A concepção de infância ao longo da história no Brasil contemporâneo. **Revista de Ciências Jurídicas**, Ponta Grossa, v.3, n.2, p.137-147, 2011. Disponível em <http://http://www.revistas2.uepg.br/index.php/lumiar>. Acesso em: jun. 2013

SCOTT, I.; CAMPBELL, D. Health services research: what is it and what does it offer? **Internal Medicine Journal**, 2002; 32: 91–99. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11885850>. Acesso em: jan. 2012.

SILVA, A.C.M.A et al . Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 349-358, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013>. Acesso em: mar. 2012.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6):1187-1193, jun, 2010.

SILVEIRA, D. S. et al. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001.

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

SUCCI, R.C.M. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo**. Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.6, nov.-dez., 2008.

SZWARCWALD, C.L. et al. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.643-655, 2006.

_____. Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm**. v.19, n.3-4, p.128-33, 2007.

TANAKA, O.Y.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 01 mar. 2012.

UCHOA, A. C. et al . Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300016>. Acesso em: jan. 2012.

VASCONCELOS, R.A. **Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru: desafios para um processo de mudança.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011. Disponível em <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2011/vasconcelos_ra_me_botfm.pdf>. Acesso em: fev.2012.

VASCONCELLOS, M.M. et al. Registros em saúde: avaliação da qualidade do Prontuário do paciente na Atenção Básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (Supl. 1) p. S173-S182, 2008.

VENÂNCIO, S.I. et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família – AMQ**: estudo de implantação no Estado de SP. São Paulo, Instituto de Saúde, 2008.

VERAS, C.L.S.M.; VIANNA. R.P.T. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica: 2005. **Epidemiol. serv. Saúde**. Vol.18, n.2, p. 133-140, 2009. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&tlng=>. Acesso em: mar. 2012.

VIANA et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11 n.3, Rio de Janeiro, jul./set., 2006.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**. v.377, n.9780, p.1863–76, may. 2011a. Disponível em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext>. Acesso em: fev. 2012.

_____. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**. v.377, n.9782, p.2042-2053, jun. 2011b. Disponível em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60055-X/fulltext>. Acesso em: fev. 2012.

ZERE, E. et al. Inequities in maternal and child health outcomes and interventions in Ghana. **BMC Public Health.** 2012, 12:252, p.2-10. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/252>. Acesso em: Nov. 2012.

ANEXOS

Anexo A – Consentimento para utilização do banco geral do "*QualiAB* 2010"

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FMB FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU

Departamento de Saúde Pública
Botucatu – São Paulo – (14) 3811-6200/6352 ou Fax (14) 3882-3309

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS QUALIAB

2007 E 2010

Como responsável pela pesquisa " Avaliação da Qualidade da Gestão na Atenção Básica nos Municípios de Quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo", realizada em 2007 e a partir da qual foi desenvolvido o questionário QualiAB, e como co-responsável pela aplicação do QualiAB em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde em 2010, autorizo o acesso e utilização do banco de dados gerado em 2007 e 2010, para realização da pesquisa "Avaliação de Estrutura e Processos da Atenção à Saúde da Criança nas Unidades Básicas de Saúde dos Municípios do Colegiado de Gestão Regional de Avaré-SP, utilizando dados do QualiAB", sob responsabilidade da mestranda Patricia Rodrigues Sanine e do Profº Dr. Valdemar Pereira de Pinho. Essa autorização fica condicionada à citação das fontes de produção dos dados primários e à manutenção do sigilo sobre a identificação das unidades e municípios participantes.

Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

Departamento de Saúde Pública

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB|UNESP

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br

Ética
Comitê de Ética em Pesquisa

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 27 de maio de 2013 Of. 85/2013-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Elen,

Informo que em 13 de maio foi apresentado e aprovado por este colegiado a alteração de orientador, bem como alteração no título do Projeto de Pesquisa abaixo relacionado aprovado por este CEP em 04/06/2012, à saber:

Nomenclatura anterior do Projeto: **Protocolo CEP 4262-2012 "Avaliação de estrutura e processos da atenção à saúde da criança nas unidades básicas de saúde dos municípios do colegiado de gestão regional de Avaré/SP"**, utilizando dados do Qualiab", sob orientação da Profª Ivete Dalben.

Nomenclatura atual do Projeto: Protocolo CEP 4262-2012 "Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo", de autoria de Patrícia Rodrigues Sanine, sob orientação da **Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira, Co-orientação do Prof. Dr. Valdemar Pereira de Pinho.**

Atenciosamente,

Prof. Dr.Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP.

Anexo C – Instrumento autoavaliativo - QualiAB

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

I. Identificação e características gerais do serviço

1. A unidade se caracteriza por ser:

Assinale apenas uma alternativa

1) Unidade de Saúde da Família (USF) – composta por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, **com ou sem** equipe de saúde bucal

2) Unidade de Saúde da Família (USF) com diferentes especialidades

3) Unidade Básica de Saúde – composta pelas áreas de saúde da criança, mulher, adulto, **com ou sem** outras especialidades

4) Unidade Básica de Saúde que agregou uma ou mais equipes de Saúde da Família

5) Unidade Básica de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

6) Postos avançados – unidades que não possuem equipe fixa em período integral (equipes volantes)

7) Outro.

2. Localização da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

1) Rural

2) Urbana - Central

3) Urbana - Periférica

3. A área de abrangência (ou território) é geograficamente delimitada:

Assinale apenas uma alternativa

1) por meio de planejamento – processo de definição de território ou área de abrangência, levantamento de necessidades de saúde, entre outros.

2) na prática, pela facilidade de acesso dos moradores dos bairros próximos.

3) Não é delimitada, ou seja, é aberta para todos que procurem atendimento.

4. Quanto às instalações do imóvel, pode se dizer que:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Tem sala de espera

2) O número de cadeiras na unidade é adequado à demanda

3) O ambiente é arejado, ou seja, possui ventilação adequada

4) Possui bebedouro

5) Tem banheiros dentro do consultório ginecológico

6) Possui quadro para informações

7) Possui televisão

8) Possui sistema de senhas na sala de espera

9) Possui microcomputadores

10) Possui acesso à Internet

11) Pintura em bom estado de conservação

12) Salas em número adequado para as atividades realizadas

13) Mesa para exame ginecológico

5. A equipe de profissionais da Unidade é composta por:

(Número total de profissionais pertencentes à equipe local por categoria. Nas colunas seguintes assinalar se esses profissionais atendem apenas nessa unidade ou se percorrem outras unidades de saúde):

Preenchimento aberto (numérico)

Categoria	Número total de profissionais	Número de Profissionais Fixos na unidade	Número de profissionais Volantes (atende mais de uma unidade)
1) Médico de família => 2) Médico clínico geral => 3) Médico pediatra => 4) Médico ginecologista => 5) Médico psiquiatra => 6) Médicos de outras especialidades => 7) Enfermeiro =>			

8) Dentista => 9) Psicólogo => 10) Terapeuta Ocupacional => 11) Assistente Social => 12) Nutricionista => 13) Fonoaudiólogo => 14) Fisioterapeuta => 15) Farmacêutico => 16) Agente Comunitário => 17) Auxiliar de enfermagem => 18) Técnico de enfermagem => 19) Auxiliar de cirurgião dentista => 20) Técnico de higiene dental => 21) Auxiliar de farmácia => 22) Recepcionista => 23) Auxiliar administrativo => 24) Auxiliar de serviços gerais => 25) Vigia => 26) Motorista => 27) Outros =>			

6. As ações de educação em saúde realizadas **na comunidade no último ano** foram feitas principalmente por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Campanhas anuais sobre os diferentes temas (como DST/AIDS, HA, DM, Raiva, etc)

2) Atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)

3) Articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)

4) Não realiza atividades na comunidade

7. Os procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina nessa Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Vacinação

2) Inalação

3) Curativo

4) Retirada de pontos

5) Suturas

6) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)

7) Hidratação por via venosa

8) Aplicação de tratamento endovenoso

9) Aplicação de tratamento intramuscular

10) Drenagem de abscessos

11) Troca de sonda vesical de demora

12) Cauterização em ginecologia

13) Outros

14) Não realiza nenhum procedimento

8. As seguintes vacinas são aplicadas na Unidade: -

Assinale uma ou mais alternativas

1) BCG

2) Hepatite B

3) Poliomelite

4) Tetravalente (DTP + Hib)

5) DTP (Tríplice Bacteriana)

6) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)

7) dT (dupla adulto)

8) Rotavírus Humano

9) Febre Amarela

10) Anti-rábica

11) Influenza

12) Não realiza vacinação

9. Exames **feitos** na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Eletrocardiograma (ECG)

2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)

3) Concentração de açúcar na urina (glicofita)

4) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou βHCG

5) PPD (Tuberculose)

6) Teste de Mitsuda (hanseníase)

7) Colposcopia

8) Teste rápido para HIV

9) Não realiza nenhum exame

10. Exames **colhidos** na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)

2) Teste do pezinho

3) Papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice)

4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)

5) Linfa para baciloscopia para hanseníase

6) Biópsias (colo, vulva, pele, outros)

7) Outros

8) Não são colhidos exames na Unidade

11. No caso de acidentes com material pérfuro cortante (agulhas, bisturi, etc) com profissionais dessa Unidade, as condutas usualmente tomadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido

2) Coleta de sorologia do profissional acidentado

3) Coleta de sorologia do paciente fonte

4) Abertura de comunicação de acidente de trabalho (CAT)

5) Encaminhamento para serviço de referência

6) Teste rápido para HIV do profissional acidentado

7) Teste rápido para HIV do paciente fonte

8) Imunização do profissional contra tétano (se não vacinado há 5anos ou mais)

9) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)

10) Notificação do acidentado à vigilância epidemiológica

11) Não ocorrem acidentes desse tipo na Unidade

12. A unidade desenvolve ações de assistência nas seguintes áreas:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Saúde da Mulher

2) Saúde da Criança

3) Saúde do Adulto

4) Saúde do Adolescente

5) Saúde do Idoso

6) Saúde Bucal

7) Saúde Mental

8) Outros

13. Em relação ao número de consultas médicas informe:

Preenchimento

1) Quantas **consultas médicas** foram realizadas no último mês nesta Unidade? (considerando o total de consultas para todas as faixas etárias): _____

2) Do total de consultas médicas realizadas **no último mês, quantas foram agendadas**? _____

3) Do total de consultas médicas realizadas **no último mês quantas foram para pacientes não agendados** (consideradas como extras ou eventuais)?_____

4) Dados não disponíveis

14. Em relação à população da área de abrangência da unidade, informe:

1) o número aproximado de moradores (população residente): _____

2) o número aproximado de famílias: _____

3) Dados não disponíveis

II. Registro de dados e informações em saúde

15. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Número de atendimentos e procedimentos

2) Número de consultas por faixa etária

3) Número de consultas por programa

4) Número de consultas por médicos

5) Número de consultas por equipe multiprofissional

6) Número de atendimentos em grupo

7) Número de faltas em consulta médica

8) Primeiro atendimento no ano (por paciente)

9) Número de pacientes atendidos por faixa etária

10) Número de pacientes atendidos por sexo

11) Número de pacientes inscritos e em seguimento em cada programa

12) Número de vacinas realizadas

13) Número de faltosos

14) Número de coleta de papanicolau

15) Número de casos "extras" atendidos (ou seja, casos de demanda espontânea)

16) Número de fichas avulsas abertas

17) Outros

18) Não existe registro de dados

16. Os dados da produção assistencial da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

(1) São utilizados para redimensionar a oferta de atendimentos da unidade

(2) São disponibilizados para os sistemas de informação, mas não são utilizados na unidade

(3) Não estão disponíveis para o conhecimento da unidade

17. Os dados epidemiológicos da região: -

Assinale apenas uma alternativa

(1) São utilizados para o planejamento de novas ações de saúde na unidade

(2) Estão disponíveis, mas não são utilizados pela unidade

(3) Não são do conhecimento da unidade

18. Quanto ao perfil da demanda dos usuários (principais diagnósticos, queixas, sexo, idade, entre outras características), esta Unidade realizou nos últimos três anos:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Levantamento de dados por programas (Pré-natal, hipertensão, etc)

2) Levantamento de dados sobre a demanda espontânea

3) Existem estudos antigos, que não foram atualizados

4) Não realizou levantamentos

III. Organização da Atenção à Saúde

III.1. Perfil geral de atividades

19. As ações de educação em saúde realizadas **na comunidade** (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)

2) Prevenção de DST e aids

3) Prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase

4) Planejamento familiar

5) Aleitamento materno

6) Saúde bucal

7) Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM

8) Prevenção de obesidade

9) Educação alimentar

10) Atividades físicas

11) Prevenção do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção de limpeza de córregos, praças, etc..)

12) Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais

13) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc)

14) Uso de álcool e outras drogas

15) Tabagismo

16) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, etc..)

17) Posse responsável de cães e gatos

18) Outras

19) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

20. As ações de educação em saúde desenvolvidas para **os usuários dessa Unidade**, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)

2) Prevenção de DST e aids

3) Prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase

4) Planejamento familiar

5) Aleitamento materno

6) Grupos de gestantes

7) Grupos de puericultura

8) Grupos de gestantes adolescentes

9) Grupos de menopausa

10) Saúde Bucal

11) Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM

12) Prevenção de obesidade

13) Educação alimentar

14) Atividades físicas

15) Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção da limpeza de córregos, praças, etc..)

16) Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais

17) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc)

18) Uso de álcool e outras drogas

19) Tabagismo

20) Controle da proliferação de vetores s (dengue, leishmaniose, etc..)

21) Posse responsável de cães e gatos

22) Outras

23) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

21. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória (por exemplo: meningite, dengue, leishmaniose, febre maculosa, etc.), a Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente

2) Atende os casos, se estes procurarem pela Unidade

3) Preenche a ficha de notificação compulsória

4) Realiza ações de educação e prevenção para os usuários da Unidade em relação aos agravos notificados

5) Realiza atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade

6) Outras

7) Não realiza nenhuma atividade

III.2. Recepção

22. As opções de atendimento para os pacientes não agendados (os **pacientes "extras" ou "demanda espontânea**") são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Consulta médica no mesmo dia

2) Consulta de enfermagem (com enfermeiro) no mesmo dia

3) Atendimento de enfermagem (com auxiliar/técnico de enfermagem) no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeira

4) Agendamento de consulta médica

5) Agendamento de consulta de enfermagem

6) Agendamento com outros profissionais de própria Unidade

7) Agendamento para atendimento em grupo

8) Encaminhamento para o pronto-socorro

9) Encaminhamento para especialidades em outro serviço

10) Encaminhamento para serviços de outras áreas (como segurança, educação, esportes, ONG, etc.)

11) Aplicação de protocolo de risco para avaliação de diferentes condutas frente a cada caso

12) Não atende pacientes não agendados (demanda espontânea)

23. Esta Unidade trabalha com agendamento para:

Assinale apenas uma alternativa

1) Todas as atividades oferecidas

2) Somente para as consultas médicas

3) Não trabalha com agendamento

24. A proporção aproximada entre o número de Consultas Médicas Agendadas e o número de Consultas Médicas de Pronto Atendimento (para pacientes não agendados, extras ou eventuais) **nos últimos três meses** foi:

Assinale apenas uma alternativa

1) 100% de pacientes agendados

2) 30% de pacientes agendados e 70% de não agendados

3) 70% de pacientes agendados e 30% de não agendados

4) 40% de pacientes agendados e 60% de não agendados

5) 60% de pacientes agendados e 40% de não agendados

6) 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados

7) 100% de pacientes não agendados

8) Informação não disponível

25. As consultas médicas são agendadas:

Assinale apenas uma alternativa

1) Com hora marcada para cada paciente

2) Para grupo de pacientes por hora

3) Para todos os pacientes no início do turno

4) As consultas não são agendadas

26. Na sala de espera são realizadas as seguintes atividades:

Assinale uma ou mais alternativas

1) A TV fica ligada em programas de canal aberto

2) Discussão de temas propostos pelos pacientes

3) Uso de vídeos com temas de educação em saúde

4) Palestras

5) Exposição de cartazes educativos

6) Distribuição de panfletos educativos

7) Outras atividades de educação em saúde

8) Nenhuma atividade é realizada

III.3. Acompanhamento de rotina

27. Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale apenas uma alternativa

1) Quando o paciente comparece para atendimento

2) No dia agendado para atendimento, mesmo que o paciente falte

3) Quando os resultados chegam na Unidade

4) Não são avaliados

28. A convocação de faltosos em atividades agendadas é realizada nas seguintes situações:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Gestantes

2) Revisão pós-parto/puerpério

3) Resultado(s) de exame(s) alterado (s)

4) Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações

5) Recém-nascidos

6) Recém-nascidos de risco

7) Crianças em seguimento na puericultura

8) Crianças até dois anos

9) Crianças de risco (desnutrição e outros)

10) Vacinação

11) Tuberculose ou hanseniase

12) Outras

13) Não se faz convocação de faltosos

29. Quais ações são realizadas de rotina na pré-consulta (ou preparo):

Assinale uma ou mais alternativas

1) A pré-consulta é realizada somente em alguns casos

2) Aferir peso, pressão arterial (e temperatura, quando couber)

3) Verificar queixas agudas

4) Acolher o paciente agendado

5) Outros

6) Não existe pré-consulta

30. Quais ações são realizadas de rotina na pós-consulta (atendimento de enfermagem após o atendimento médico):

Assinale uma ou mais alternativas

1) Agendar retorno

2) Agendar exames

3) Agendar consulta de especialidade

4) Reforçar as orientações da consulta médica

5) Orientar uso de medicação

6) Fornecer preservativos

7) Orientar uso de preservativos

8) Orientar dietas

9) Orientar encaminhamentos para outros serviços

10) Orientar encaminhamentos para benefícios sociais

11) Orientar sobre direitos civis

12) Entregar os medicamentos

13) Outros

14) A pós-consulta não é realizada

31. Assinale o tempo médio de duração da consulta médica, em minutos, segundo a área profissional (quando houver mais de um profissional na mesma especialidade considere a duração mais frequente no atendimento aos usuários)

Preenchimento

PROFISSIONAIS	**Consulta Médica (tempo em minutos)**		
	<15	**15 a 30**	**> 30**
1) Médico de família			
2) Clínico			
3) Pediatra			
4) Ginecologista/Obstetra			
5) Outras especialidades			

III.4 Saúde da Mulher

32. As ações planejadas voltadas à saúde da mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

1. Pré-natal
2. Coleta de papanicolau
3. Prevenção de DST/aids
4. Planejamento familiar
5. Atenção a situações de violência doméstica e sexual
6. Atendimento ginecológico
7. Prevenção de câncer de mama
8. Não realiza ações de saúde da mulher nesta unidade

33. O exame de papanicolau (prevenção de câncer de colo de útero) é coletado pelos seguintes profissionais:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Médico

2) Enfermeiro

3) Técnico e/ou auxiliar de enfermagem

4) Não é coletado na Unidade

34. O exame de papanicolau (prevenção de câncer de colo de útero) é oferecido de acordo com os seguintes critérios:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Depende da demanda das pacientes

2) É oferecido para todas as mulheres

3) Uma vez ao ano, para todas as mulheres

4) Para mulheres com idade entre 25 e 59 anos

5) A cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais

6) Não é coletado na Unidade

7) Não atende Saúde da Mulher

35. A coleta de papanicolau (prevenção de câncer ou colo de útero) é oferecida:

Assinale apenas uma alternativa

1) Uma vez por semana

2) Duas a três vezes por semana

3) Todos os dias

4) Sempre que houver procura, com coleta no mesmo dia

5) Uma vez por mês

6) Não é feita na Unidade

7) Não atende Saúde da Mulher

36. O exame físico de mama é realizado:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Pelo médico ginecologista

2) Pela enfermeira

3) Pelo médico de Saúde da Família

4) Por todos os médicos da Unidade, durante o exame físico

5) Quando há queixas da paciente

6) Não é realizado na Unidade

7) Não atende Saúde da Mulher

37. A solicitação de mamografia é feita:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Anualmente, a partir dos 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos

2) Anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama ou de ovário

3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais

4) A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos

5) Conforme demanda da paciente

6) No caso de achados no exame físico

7) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde

8) Esse exame não é solicitado

9) Não atende Saúde da Mulher

38. Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal é realizada:

Assinale apenas uma alternativa

1) Imediatamente, por profissional da enfermagem (enfermeira e/ou auxiliar)

2) Por agendamento para consulta médica

3) Por agendamento para consulta de enfermagem

4) Não é realizada, não atende pré-natal

39. A maior parte das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no:

Assinale apenas uma alternativa

1) Primeiro trimestre

2) Segundo Trimestre

3) Terceiro Trimestre

4) A Unidade não dispõe dessas informações

5) A Unidade não realiza o pré-natal

40. Os exames solicitados de rotina para **TODAS** as gestantes são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Hemograma completo

2) Eritrograma (Hb e Ht)

3) Urocultura

4) Urina I

5) VDRL

6) FTA-Abs

7) Tipagem sanguínea

8) Sorologia para HIV

9) Sorologia para Rubéola

10) Sorologia para toxoplasmose

11) Sorologia para hepatite B

12) Glicemia

13) Curva glicêmica

14) Ferro sérico

15) Uréia

16) Creatinina

17) TGO, TGP

18) Ultra-Som obstétrico

19 Pesquisa de estreptococo Beta hemolítico (urocultura ou cultura cervical)

20) Papanicolau (colpocitologia oncótica)

20) Outros

21) Não são solicitados exames nesta Unidade

22) Não atende pré natal.

41. No caso de sorologia para sífilis e para aids durante o pré-natal, a Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

1) Solicita uma única vez, tanto para sífilis como para aids

2) Solicita apenas uma sorologia de aids e duas para sífilis

3) Solicita apenas uma sorologia de sífilis e duas para aids

4) Solicita duas sorologias, tanto para sífilis como para aids

5) Solicita apenas uma dessas sorologias (ou para sífilis ou para aids)

6) Não solicita estas sorologias

7) Não atende pré natal

42. Nos casos de diagnóstico de sífilis na gestação, o tratamento é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro.

2) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência

3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro

4) Não é realizado esse tipo de tratamento na Unidade

5) Não atende pré-natal

43. As seguintes atividades de educação em saúde são desenvolvidas regularmente com as gestantes:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Orientações na sala de espera

2) Palestras

3) Grupos de pré-natal

4) Distribuição de folder e panfletos educativos

5) Outros

6) Não são realizadas atividades educativas regularmente

7) Não atende pré-natal

44. A consulta de revisão pós-parto imediata (1º ao 10º dia) é realizada:

Assinale apenas uma alternativa

1) No hospital onde a mulher realizou o parto

2) Na Unidade de saúde, que já deixa pré-agendada ao final do pré natal

3) Na Unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar

4) Na unidade de saúde, encaminhada por meio de visita domiciliar

5) Em casa, por meio de consulta domiciliar realizada por médico ou enfermeira

6) Se a gestante quiser, por demanda espontânea

7) Não é realizada

8) Não atendemos pré-natal

45. A consulta de revisão do pós-parto tardia (até 42 dias após o nascimento) é pré-agendada:

Assinale uma ou mais alternativas

1) No pré-natal

2) Quando o bebê é matriculado

3) Na revisão pós-parto imediato

4) Nas visitas domiciliares

4) Não é pré-agendada

5) Não é realizada

6) Não atendemos pré-natal

46. Entre as gestantes que realizaram pré-natal nessa Unidade, nos **últimos três anos**, houve algum caso de sífilis congênita?

Assinale apenas uma alternativa

1) Sim

2) Não

3) Não sabe informar

4) Não realizamos pré-natal

III.5 Saúde da criança

47. As atividades regularmente programadas para atenção às crianças abordam as seguintes condições:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Aleitamento

2) Puericultura

3) Desnutrição

4) Obesidade

5) Infecções respiratórias na infância (IRA)

6) Saúde do escolar

7) Violência doméstica

8) Orientações para inscrição em programas sociais (Viva Leite, Bolsa Família, etc)

9) Outros

10) Não atende criança

48. O **primeiro atendimento** de um recém-nascido (RN) pela equipe da Atenção Básica é agendado:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Pela maternidade, na alta, pós parto

2) Pelo Banco de Leite

3) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)

4) Na última consulta de pré-natal

5) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco

6) Não é agendado, pois o atendimento é realizado durante visita domiciliar

7) Não trabalhamos com agendamento

8) Não atendemos criança

49. Para aplicação da vacina BCG, está previsto semanalmente:

Assinale apenas uma alternativa

1) Um dia

2) Dois dias

3) Três dias ou mais

4) É feita conforme a demanda

5) Essa vacina não é feita na Unidade

50. O atendimento da criança é realizado por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Consulta médica

2) Consulta de enfermagem

3) Consulta com nutricionista

4) Consulta com psicólogo

5) Atendimento odontológico

6) Grupo com as mães e/ou pais

7) Outros

8) Não atendemos criança

51. Nos atendimentos da criança **até dois anos** de idade é abordado:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Orientação sobre aleitamento materno

2) Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, etc)

3) Avaliação de peso, comprimento ou altura

4) Avaliação do perímetro cefálico (menor de um ano)

5) Vacinação

6) Desenvolvimento neuro psico motor

7) Cuidados de promoção da saúde da criança

8) Prevenção de acidentes

9) Identificação de alterações na saúde

10) Outros

11) Não atendemos criança

52. A Unidade participa regularmente, em **instituições para crianças** (creches e escolas e outras), com as seguintes atividades:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Educação em saúde geral

2) Vacinação

3) Educação em saúde bucal

4) Avaliação de acuidade visual

5) Outras

6) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

53. As ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes abordam as seguintes necessidades de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Orientação sobre o desenvolvimento/mudanças na adolescência

2) Orientação sobre sexualidade, prevenção de DST/aids

3) Orientação sobre o uso de drogas

4) Orientação específica para casos de violência doméstica

5) Obesidade

6) Educação em saúde nas escolas

7) Outros

8) Não existem atividades específicas para adolescentes

III. 6 Saúde do adulto

54. As ações regularmente programadas para atenção aos adultos abordam as seguintes necessidades de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Diabetes

2) Hipertensão

3) Tabagismo

4) Obesidade

5) Outras condições crônicas não-transmissiveis (dislipidemia, lombalgia, etc.)

6) Prevenção de câncer de próstata

7) Prevenção de câncer de mama/colo de útero

8) Alcoolismo

9) Tuberculose

10) Hanseníase

11) Violência doméstica

12) Saúde do trabalhador

13) Atividades físicas

14) DST/aids

15) Aconselhamento de DST e aids

16) Outros

17) O atendimento ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos

18)Não atendemos adultos

55. O tempo médio de espera entre o agendamento e a realização da consulta médica para adultos é:

Assinale apenas uma alternativa

1) Menos de quinze dias

2) Entre um mês e quarenta e cinco dias

3) Entre dois e três meses

4) Entre três e seis meses

5) Mais de seis meses

6) As consultas não são agendadas

56. O atendimento dos adultos é regularmente realizado por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Consulta médica

2) Consulta de enfermagem (com enfermeiro)

3) Atendimento de enfermagem (com auxiliar e/ou técnico)

4) Grupos

5) Consulta com nutricionista

6) Consulta com psicólogos

7) Consulta com assistente social

8) Atendimento odontológico

9) Outros

10) Não atendemos adulto

57. Em relação ao cuidado de pessoas acamadas ou com limitações físicas que dificultem o acesso à unidade, são desenvolvidas as seguintes ações:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Orientação dos cuidadores que comparecem à unidade

2) Visita domiciliar para orientação geral de usuários e cuidadores

3) Visitas periódicas para avaliação do estado de saúde
4) Visita domiciliar com equipe multiprofissional
5) Visita domiciliar com médico
6) Procedimentos domiciliares (como trocam de sonda vesical de demora, curativos)
7) Não realizamos orientações para cuidado domiciliar
8) Não realizamos cuidados no domicílio

58. Em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos, a Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Faz o atendimento de rotina, mas não trabalha com protocolo específico
2) Faz orientação detalhada de dieta
3) Faz treinamento dos pacientes diabéticos para auto aplicação de insulina
4) Solicita, anualmente, exames clínico-laboratoriais (glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, urina I e creatinina)
5) Realiza ou encaminha para exame anual de fundo de olho
6) Realiza ou encaminha para eletrocardiograma anual
7) Faz controle de cuidados com os pés para os diabéticos
8) Orienta atividades físicas dirigidas especialmente para esse grupo de pacientes
9) Fornece o glicosímetro para diabéticos insulino dependentes cadastrados
10) A Unidade não atende pacientes diabéticos
11) A Unidade não atende paciente hipertensos

59. Em relação aos medicamentos, pode-se afirmar que:

Assinale uma ou mais alternativas

1) A lista de medicamentos disponíveis contempla a maior parte das necessidades dos pacientes
2) Os medicamentos essenciais não costumam faltar
3) A lista de medicamentos é composta, principalmente, pelos medicamentos fornecidos pelo Estado (Dose Certa)
4) Entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
5) Não costuma ocorrer falta de insulina

6) É frequente a falta de medicamentos para o controle de hipertensão

7) É frequente a falta de medicamentos para o controle de diabetes

8) É frequente a falta dos antibióticos mais utilizados

9) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

60. As ações regularmente programadas para atenção aos idosos abordam as seguintes necessidades de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Adaptação ao processo de envelhecimento (aposentadoria, entre outros)

2) Climatério

3) Sexualidade

4) Apoio a idosos de instituições asilares

5) Violência doméstica

6) Orientações sobre os direitos dos idosos

7) Outros

8) Apoio a idosos em situação de abandono

9) Não existem atividades específicas para idosos

10) Não atende adultos

61. O diagnóstico e a orientação para casos de alcoolismo são realizados:

Assinale apenas uma alternativa

1) Não avaliamos esses casos porque a equipe não teve capacitação técnica

2) Na própria Unidade, com seguimento dos casos

3) A avaliação inicial é feita na própria Unidade, mas não temos para onde encaminhar

4) Após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados

5) Não temos clientes com esse tipo de problema

62. O diagnóstico e a orientação para mulheres em situação de violência são realizados:

Assinale apenas uma alternativa

1) Não avaliamos esses casos porque a equipe não tem capacidade técnica

2) Na própria Unidade, com encaminhamento e seguimento dos casos

3) O atendimento inicial é feito na própria Unidade, mas não temos para onde encaminhar

4) Após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados

5) Não temos clientes com esse tipo de problema

6) Não atendemos adultos

63. Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST) a Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Encaminha os pacientes, tanto homens como mulheres

2) Se for mulher, investiga e trata, se for homem encaminha

3) Investiga e trata após confirmação do diagnóstico

4) Faz tratamento sindrômico

5) Faz orientação e aconselhamento sobre o uso de camisinha (preservativo)

6) Faz orientação e aconselhamento para testagem sorológica

7) A Unidade não recebe esse tipo de demanda

8) Não atende adultos

64. Na rotina, a dispensação de preservativos:

Assinale uma ou mais alternativas

1) É feita para a população em geral, conforme demanda

2) Tem um padrão de cota mensal (número de camisinhas) igual para todos os pacientes

3) É feita para grupos de exposição diferenciada (como profissionais do sexo por exemplo) com cotas maiores do que para população em geral

4) Inclui a oferta de preservativos femininos

5) A dispensação inicial de preservativos sempre é procedida de orientação sobre o uso e sobre DST/aids

6) Não distribuímos preservativos nesta Unidade

7) Não atendemos adultos

65. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Pílula (anticoncepcional oral)

2) Anticoncepcional injetável

3) Camisinha (preservativo masculino)

4) Preservativo feminino

5) DIU

6) Diafragma

7) Pilula do dia seguinte

8) Encaminhamento para laqueadura

9) Encaminhamento para vasectomia

10) Outros

11) Nenhum

12) Não atendemos adultos

III.7 Saúde Bucal

66. No atendimento odontológico, a assistência é realizada:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Conforme demanda do paciente, em qualquer idade

2) Para gestantes

3) Para bebês

4) Para todas as crianças com até 6 anos

5) Para crianças em idade escolar

6) Para Idosos (> 60 anos)

7) Pronto Atendimento para queixas agudas

8) Outros

9) Não temos equipe de saúde bucal na unidade

67. As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Atendimento Clínico individual

2) Atividades de educação em saúde bucal dentro da Unidade

3) Atividades de educação em saúde bucal em escolas

4) Atividades de educação em saúde bucal em creches

5) Outras atividades de educação em saúde bucal fora da Unidade

6) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV. Perfil de atividades

68. São atividades de rotina realizada pelo auxiliar/técnico de enfermagem (em diferentes momentos do trabalho):

Assinale uma ou mais alternativas

1) Agendamento de exames e consultas

2) Verificação de sinais vitais - peso, altura, temperatura, pressão arterial

3) Verificação de queixas agudas que exijam providências

4) Conferência do prontuário e do motivo do atendimento - resultados de exames, etc

5) Orientação sobre o uso de preservativos

6) Distribuição de preservativos

7) Orientação para coleta de exames

8) Orientação sobre o uso da medicação

9) Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento

10) Orientações nutricionais e dietéticas

11) Grupos sobre outros temas específicos

12) Orientação sobre encaminhamentos para especialistas

13) Coleta de sangue para exames laboratoriais

14) Orientação em relação aos procedimentos de vacinação

15) Visita domiciliar

16) Convocação de faltosos

17) Aplicação de vacina

18) Realização de curativos e aplicações de medicamentos

19) Coleta de papanicolau

20) Orientação para o auto-exame de mamas

21) Outros

22) Esse serviço não dispõe desse profissional

69. São atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde (em diferentes momentos do trabalho):

Assinale uma ou mais alternativas

1) Cadastramento das famílias da área de abrangência

2) Atividades de educação em saúde

3) Visita domiciliar

4) Captação ativa para o pré-natal

5) Captação ativa de crianças menores de um ano

6) Captação ativa para vacinação

7) Captação ativa de hipertensos e diabéticos

8) Captação ativa para a prevenção de câncer ginecológico

9) Captação ativa de usuários com queixas compatíveis com tuberculose e hanseníase

10) Captação ativa de idosos acamados

11) Outros

12) Esse serviço não dispõe desse profissional

70. As **atividades** realizadas pelo enfermeiro (em diferentes momentos do trabalho) são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Recepção e acolhimento de casos novos

2) Acolhimento de casos extras

3) Consulta de enfermagem

4) Atendimento aos casos de exposição ocupacional

5) Realização de grupos sobre temas específicos

6) Notificação epidemiológica

7) Supervisão da equipe de enfermagem

8) Visita domiciliar

9) Avaliação dos faltosos em consulta

10) Atividades administrativas

11) Participação no Conselho de Unidade de Saúde

12) Realiza supervisão da equipe de agentes comunitários

12) Aplicação de tratamentos (medicamentos, curativos ou outros)

13) Outros

14) Esse serviço não dispõe desse profissional

71. Na **consulta de enfermagem**, o enfermeiro:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Orienta sobre o uso correto de medicação

2) Discute sobre a adesão

3) Orienta sobre formas de transmissão e cuidados domésticos (biossegurança)

4) Orienta sobre o uso de preservativos

5) Orienta sobre métodos de contracepção

6) Atende DSTs

7) Orienta sobre formas nutricionais e dietéticas

8) Realiza palpação de mamas

9) Faz coleta de citologia oncótica

10) Encaminha para equipe de apoio, se necessário

11) Orienta sobre autocuidado

12) Orienta sobre cuidados domiciliares para crianças e idosos

13) Outros

14) O enfermeiro não realiza consulta de enfermagem

15) Esse serviço não dispõe desse profissional

72. Atividades realizadas pelo assistente social (em diferentes momentos do trabalho):

Assinale uma ou mais alternativas

1) Recepção e acolhimento

2) Atendimento e suporte familiar

3) Discussão e orientação sobre questões trabalhistas

4) Orientações sobre direitos civis e previdenciários, e encaminhamentos

5) Encaminhamentos para benefícios sociais (cesta básica, vale-transporte, etc)

6) Grupos sobre outros temas específicos

7) Controle de faltosos e/ou busca ativa

8) Atividades de reinserção social

9) Visita domiciliar

10) Participação no Conselho da Unidade de Saúde

11) Atividades de Educação em Saúde

12) Encaminha usuários para outros serviços

13) Apoio a situações de violência doméstica

14) Participação em fóruns comunitários para constituição de redes de apoio

15) Outros

16) Esse serviço não dispõe desse profissional

V. Características do Processo Gerencial

73. A gerência local da Unidade é exercida por:

Assinale apenas uma alternativa

1) Enfermeiro

2) Médico

3) Assistente Social

4) Psicólogo

5) Nutricionista

6) Outro Profissional

7) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município

8) Essa Unidade não tem gerente

74. A carga horária do gerente é:

Assinale apenas uma alternativa

1) 40 horas semanais

2) 30 horas semanais

3) 20 horas semanais

4) Outra

5) Essa Unidade não tem gerente

75. O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

1) Reuniões periódicas

2) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas

3) Não existem reuniões entre as Unidades locais e o nível central

76. Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade:

Assinale apenas uma alternativa

1) Semanal

2) Quinzenal

3) Mensal

4) Intervalos maiores

5) Não há periodicidade, ocorrem conforme necessidade do serviço

6) Não ocorreram reuniões

77. Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Informes

2) Rotinas da Unidade

3) Escala de pessoal

4) Organização do trabalho: avaliação, implantação de novas ações

5) Atualizações técnicas

6) Conflitos interpessoais

7) Outros

8) Não ocorreram reuniões

78. Os profissionais capacitados (treinamentos, congressos, cursos, etc) no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Médicos

2) Enfermeiros

3) Assistentes Sociais

4) Auxiliares de Enfermagem

5) Agentes Comunitários

6) Pessoal Administrativo

7) Outros profissionais

8) Nenhuma Categoria

79. No último ano, a avaliação das Unidades foi realizada:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Para reprogramação das atividades

2) Para atender demandas da Secretaria Municipal de Saúde

3) Para prestação de contas

4) Para atender às demandas do Conselho de Saúde (local e/ou Municipal)

5) Para atender necessidades de pesquisa de outras instituições

6) De modo centralizado, pela Secretaria Municipal de Saúde

7) Não foi realizada avaliação

80. Os principais temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde da Unidade, no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

1) O conselho atual não se reúne

2) Problemas relativos ao atendimento

3) Planejamento de atividades educativas na comunidade

4) Os direitos e responsabilidades dos conselheiros

5) Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde

6) A Conferência Municipal de Saúde

7) Preocupações mais pessoais dos conselheiros

8) Não aconteceram reuniões no último ano

9) Não existe conselho local de saúde na Unidade

81. As reclamações de pacientes podem ser encaminhadas por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações

2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões

3) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde

4) Diretamente à direção local da Unidade

5) Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho local)

6) Conselho Municipal de Saúde

7) Outros

8) Não há canais formais de reclamação

82. Os principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Inadequação do espaço físico

2) Não-cumprimento do horário médico

3) Falta de capacitação da equipe de enfermagem

4) Falta de compromisso dos profissionais médicos

5) Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário

6) Falta de realização de um trabalho em equipe

7) Necessidade de informatizar o registro de dados

8) Falta de medicamentos

9) Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura

10) Falta de mobilização da comunidade

11) Excesso de demanda

12) Inadequação da postura dos usuários

13) A má remuneração dos profissionais

14) Falta de recursos humanos

15) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário

16) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência

17) Outros

18) Não existem obstáculos importantes

83. Pode-se afirmar que o perfil predominante dos profissionais desse serviço é:

Assinale apenas uma alternativa

1) Profissionais com boa qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários**.**

2) Profissionais com boa qualidade técnica e dificuldades de acolhimento e comunicação com os usuários

3) Profissionais com pouca qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários

4) Profissionais de baixa qualidade técnica e baixa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários

5) Não há predominância de um desses perfis

84. Em relação ao trabalho na Unidade, pode-se dizer que a maioria dos profissionais:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Esta satisfeita com as atividades desempenhadas

2) Propõe, em conjunto, projetos de mudanças

3) Está desmotivada com o trabalho desempenhado

4) Costuma faltar ao trabalho devido a problemas relacionados a doenças

5) É aderente ao projeto de saúde do SUS

6) A equipe como um todo trabalha entrosada, buscando a interdisciplinaridade

7) Parte da equipe busca o trabalho interdisciplinar

8) Não existe o trabalho interdisciplinar por falta de tempo e de funcionários

85. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Assinale apenas uma alternativa

1) Somente pelo Gerente da Unidade

2) Pelo Gerente e pelos médicos

3) Pela equipe toda de profissionais

4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

5) Pelo Secretário (a) Municipal de Saúde

6) Somente por Agentes Comunitários

7) Outros