



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

PATRICIA RODRIGUES SANINE

**DOS DIFERENTES SIGNIFICADOS SOCIAIS DO
“SER CRIANÇA” AOS CONTEXTOS
GERENCIAIS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À SAÚDE DA CRIANÇA EM SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

PATRICIA RODRIGUES SANINE

**DOS DIFERENTES SIGNIFICADOS SOCIAIS DO “SER
CRIANÇA” AOS CONTEXTOS GERENCIAIS NA
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, como requisito para obtenção do
título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Sanine, Patricia Rodrigues.

Avaliação da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária / Patricia Rodrigues Sanine. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Capes: 40600009

1. Atenção primária à saúde. 2. Crianças - Cuidado e higiene. 3. Serviços de saúde infantil. 4. Avaliação de serviços de saúde.

Palavras-chave: Child Care; Child Health Service; Health Services Evaluation; Management; Primary Health Care.

Dedico este trabalho a todos os *usuários, profissionais e gestores do município de Itaí/SP* que, de diferentes formas, me direcionaram a estudar

Gestão, Planejamento e Políticas Públicas.

Além do meu *marido e amigo, amigos e irmãos*, e todos os *familiares*

que apoiaram este meu caminhar.



Azuis, brancas e amarelas
Vem e vão, vão e vem

Vão Sonhos, vem Cores
Vem Dúvidas, vão beija-flores
Azuis, brancas e amarelas
Vem e vão, vão e vem

Um dia me chamaram Borboleta
Um dia te chamaram Flor
Azuis, brancas e amarelas
Vem e vão, vão e vem

Meu agradecimento especial a uma flor chamada *Elen* e a seu jardim - *QualiAB!*

AGRADECIMENTO

Refletindo sobre conversas com alguns amigos do departamento de Saúde Pública da FMB/UNESP, em que discutíamos a valorização das titulações, conclui que, assim como na tríade donabediana, que sigo para avaliar a organização dos serviços de saúde, o mais importante neste caminho acadêmico para mim foi o processo e não o resultado!

E me refiro àquele processo da vida real – que sofre um milhão de interferências e que, por mais que você tente mensurar ou separar os “confundidores” em variáveis independentes, nunca será capaz de identificar toda complexidade e citar todos que influenciaram de alguma forma no Resultado.

Assim, seria injusto citar alguns nomes e correr o risco de omitir tantos outros, pois cada um a seu modo foi de suma importância nesse processo que resultou na minha titulação, mais ainda, na minha formação de pensamento e saberes. Desta forma, agrupei-os em três categorias - Familiares, Professores e Amigos - que no final se integraram neste Processo de trocas, conversas e risadas, favorecendo meu amadurecimento e constante aprendizado...

Minha gratidão à TODOS vocês que me mostraram que o maior presente nesta carreira, é o Processo que traz consigo toda “dor e a delícia de ser o que é”!

E, em especial, aos Professores: Pinho que acolheu este meu sonho desde o primeiro contato e ao (amigo) Adriano Dias que, com toda sua dose de realismo, me mostrou que todos os sonhos podem ser realizados. Á vocês, minha eterna gratidão e carinho!

Resumo:

A atenção à saúde da criança está entre as ações mais tradicionais e bem estruturadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, entretanto deve-se reconhecer que as relações entre as necessidades sociais de saúde desse grupo e as práticas a ele dirigidas foram construídas de diferentes maneiras ao longo da história. O reconhecimento desse processo mostra-se importante para identificar quais necessidades sociais de saúde estão sendo respondidas pelas práticas atuais. Apesar dos grandes avanços alcançados, como a redução das taxas de mortalidade infantil, indicadores de atenção à saúde da criança apontam a necessidade de melhorias, como nas taxas de internações por causas evitáveis pela APS, no crescente número de afecções originadas no período perinatal e na atenção ao parto. Avaliar a qualidade da organização da atenção, a partir do projeto contemporâneo para a saúde desse segmento, permite julgar a base material do projeto social em execução pelas práticas. O presente trabalho tem por objetivos: reconhecer a construção histórica do significado social de “ser criança” no Brasil e avaliar a capacidade de resposta dos serviços de APS às necessidades sociais de saúde das crianças. Os estudos foram apresentados na forma de 3 artigos. Parte de um ensaio alicerçado em revisão bibliográfica e na análise de sua correlação com as práticas de saúde pública voltadas à criança, privilegiando-se as ações desenvolvidas na APS (Artigo 1). A avaliação da organização das ações de atenção à saúde da criança foi feita por meio de duas pesquisas avaliativas, transversais, de serviços de APS localizados no interior paulista. A primeira, buscou identificar modificações na assistência à saúde da criança nos anos de 2007/2010/2014, em 86 serviços de 32 municípios, que responderam ao instrumento QualiAB nos três anos analisados (Artigo 2). A segunda, verificou a associação da assistência à criança com os indicadores de gestão municipal e gerenciamento local, avaliando 151 serviços localizados em 40 municípios que responderam ao QualiAB, no ano de 2014 (Artigo 3). Os resultados gerais apontaram que as práticas de saúde integram o processo de construção do “ser criança”, alimentando políticas que a reconhecem, na atualidade, como sujeito de direitos. No entanto, nem sempre os serviços encontraram-se organizados conforme o preconizado, evidenciando a influência exercida pelos gestores municipais e gerentes dos serviços, como na decisão de centralizar o acompanhamento da atenção à saúde da criança ou do pré-natal. Tais resultados, além de contribuírem para o conhecimento sobre a qualidade da atenção à saúde da criança nos serviços de APS, oferecem subsídios para aumentar a capacidade de resposta às necessidades sociais de saúde desse grupo populacional, assim como, para o aprimoramento das ações de monitoramento e avaliação da atenção à saúde da criança em serviços de APS.

Palavras chave: Atenção primária à saúde; Saúde da criança; Serviços de saúde da criança; Avaliação em saúde; Gestão em saúde

Abstract:

The child health care in Brazil is among the most traditional and well-structured actions in Primary Health Care (PHC). However, it must be acknowledged that the child's health needs and practices directed at children have been constructed differently. Recognition of this construction process is important in identifying what needs are being replicated by current practices. Indicators of child care show poor performance, as in the rates of hospitalizations for sensitive conditions by PHC and the increasing number of conditions originating in the perinatal period. Evaluating the quality of the organization of child health care today allows us to judge the material basis of the social project being implemented by the practices. The objective of the study is: to recognize the historical construction of the social meaning of being a child in Brazil; and to assess the responsiveness of PHC services to the health needs of children. Three articles were presented. The first is an essay based on a bibliographical review and the analysis of its correlation with the health practices/public of the child, with a focus on PHC actions (Article 1). Then, an evaluation of the organization of actions of children's health care in PHC services in the interior of the State of São Paulo/Brazil was carried out, using two cross-sectional evaluative surveys. The first one sought to identify changes in child health care in the years 2007/2010/2014. It evaluated 86 services from 32 municipalities that responded to the QualiAB instrument in the three years (Article 2). The second one verified the association of child health care with indicators of municipal management and local management, evaluating 151 services from 40 municipalities that responded to QualiAB in 2014 (Article 3). The general results pointed out that the health practices integrate the process of construction of the "being child", feeding policies that currently recognize it as subjects of rights. However, many services are not organized as recommended, evidencing the influence exerted by municipal managers and service managers. These results contribute to the knowledge of the quality of the child's health care in the PHC and offer subsidies to increase the responsiveness of the services, besides favoring the improvement of the health monitoring and evaluation actions of the child in PHC.

Keywords: Primary Health Care; Child Care; Child Health Service; Health Evaluation; Health Management

Listas de figuras:

Figura 1 – Representação gráfica para a proposta das avaliações em serviços de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasil. _____14

Figura 2 – Síntese do modelo de análise segundo a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde _____22

Figura 3 - 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, [2017]. _____30

Listas de Quadros:

Quadro 1 – Caracterização dos três tipos de avaliação em saúde, segundo Novaes (2000)_____13

Quadro 2 - Delimitação cronológica das concepções de criança e suas respectivas inflexões tecnológicas e exemplos de práticas relacionadas à saúde da criança ____26

Quadro 3 - Número de municípios e serviços que responderam ao QualiAB em relação ao universo de aplicação, segundo o ano _____28

Listas de Tabelas:

Resultados Artigo 2

Tabela 1 – Frequências dos sete indicadores de caracterização dos 81 serviços de APS do interior paulista, segundo o ano de avaliação (2007, 2010, 2014) _____ 80

Tabela 2 – Frequências dos 74 indicadores de organização da saúde da criança em 81 serviços de APS do interior paulista, segundo o ano de avaliação (2007, 2010, 2014) _____ 80

Tabela 3 – Médias dos indicadores comparadas por ano de aplicação (2007-2010, 2007-2014, 2010-2014), segundo os quatro domínios de organização da saúde da criança em 81 serviços de APS do interior paulista _____ 83

Tabela 4 - Médias dos quatro domínios de organização da saúde da criança em 81 serviços de APS do interior paulista e sua correlação, segundo o ano de avaliação (2007, 2010 e 2014) _____ 83

Resultados Artigo 3

Tabela 1 – Distribuição das frequências dos 151 serviços de Atenção Primária à Saúde do interior paulista, segundo os 76 indicadores de qualidade organizacional da saúde da criança, QualiAB, 2014 _____ 92

Tabela 2 - Distribuição das frequências dos 151 serviços de Atenção Primária à Saúde do interior paulista nos 30 indicadores relacionados à gerência e gestão municipal, segundo o grupo de qualidade organizacional da saúde da criança, QualiAB, 2014 _ 95

Sumário:

Apresentação	12
1. Introdução	16
2. Objetivos	21
3. Método	22
3.1. Desenho do estudo e embasamento teórico	22
3.2. Estrutura analítica do ensaio (Artigo 1)	25
3.3. Estrutura das avaliações (Artigo 2 e 3)	
3.3.1. Instrumento de coleta	27
3.3.2. Amostra e População/local do estudo	29
3.3.3. Indicadores e variáveis do estudo	29
3.3.4. Modelos de análise	32
3.3.4.1. Artigo 2	32
3.3.4.2. Artigo 3	34
3.4. Aspectos éticos	34
4. Resultados	35
4.1 Artigo 1: Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde	37
4.2 Artigo 2: Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo	62
4.3 Artigo 3: Influências da gestão na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária	85
5. Considerações Finais	111
6. Referências Bibliográficas	113
Anexos	119

Anexo 1 – Eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS _____	119
Anexo 2 - Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, QualiAB, versão 2007 _____	122
Anexo 3 - Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, QualiAB, versão 2010 _____	148
Anexo 4 - Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, QualiAB, versão 2014 _____	174
Anexo 5 – Quadro com as questões e alternativas abordadas no QualiAB 2014 para a organização da atenção à saúde da criança em serviços de APS _____	221
Anexo 6 - Indicadores e variáveis selecionadas para avaliar as modificações na qualidade organizacional da atenção à saúde da criança em serviços de APS _____	227
Anexo 7 - Identificação do número das questões e suas alternativas segundo a versão/ano do instrumento QualiAB (2007; 2010; 2014) _____	230
Anexo 8 - Relação das 106 questões de saúde da criança que integram o instrumento QualiAB (2014) e a indicação das 76 selecionadas para compor os indicadores de qualidade organizacional da saúde da criança nos 151 serviços de APS do interior paulista, QualiAB, 2014 _____	233
Anexo 9 - Consentimento para utilização dos bancos de dados _____	239
Anexo 10 - Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Plataforma Brasil, 2014 _____	240

Apresentação:

Fonoaudióloga de formação, percebi logo cedo que minha atuação profissional poderia influenciar a qualidade de vida das pessoas. E foi em um ambulatório de especialidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em um município com menos de 30 mil habitantes, que aprendi a importância da intersectorialidade e iniciei minha busca pela melhoria dos indicadores de saúde da população.

Atuando junto à gestão municipal de saúde, como coordenadora de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) deste município, pude constatar que são muitos os desafios a serem enfrentados no sistema público de saúde, mas com a necessidade de buscar e compartilhar novidades, ao decidir seguir neste caminho, me comprometi a não me intimidar diante destas adversidades. E, assim, da fonoaudióloga que acreditava que com mais responsabilidade social e ações de promoção em saúde se poderia melhorar as condições de vida e saúde de um município, permanece minha paixão pelo SUS e a crença de que um serviço de atenção primária à saúde (APS), mesmo com poucos recursos financeiros, consegue fazer a diferença em sua realidade.

Inspirada por este sonho de encontrar serviços de APS que melhor respondessem às necessidades sociais de saúde da população, como pesquisadora, mantenho-me na busca por identificar dimensões prioritárias responsáveis pelo resultado da qualidade na prática diária dos serviços.

Sabendo que as práticas de saúde se encontram organizadas de diferentes formas nos serviços de APS, e tendo a compreensão de que o processo de trabalho em saúde é, de fato, uma prática social e, que nesta condição, contribui na construção social dos sujeitos (MENDES-GONÇALVES, 2017), reforça-se ainda mais meu desejo em identificar as distintas capacidades de respostas destes serviços às necessidades sociais de saúde da população.

O presente trabalho tem como tema a avaliação de serviços em saúde, considerando os diferentes contextos envolvidos em relação às necessidades sociais de saúde e à capacidade de resposta dos serviços de APS (NOVAES, 2004; PICCINI et al., 2007; ANVERSA et al., 2012).

Integra o projeto “Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional” (CNPq, edital

Universal, Processo nº 485848/2012-0), e dá continuidade à investigação desenvolvida no mestrado “Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde do estado de São Paulo”, procurando avançar no estudo da qualidade desta atenção.

As avaliações em saúde podem ser organizadas em três grandes tipologias, conforme apresentado no **Quadro 1**. Enquanto pesquisa avaliativa, o presente trabalho insere-se no complexo campo da interrelação entre produção de conhecimento (investigação avaliativa) e gestão de práticas de saúde (avaliação para decisão e/ou para gestão), ou nos dizeres de Novaes:

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias, como campo produtor de saberes e práticas, vivencia de forma evidente e aguda as dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas, sempre concretas. (NOVAES, 2000, p.547).

Quadro 1 – Caracterização dos três tipos de avaliação em saúde, segundo Novaes (2000)

Crerios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental/ quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juizo formulado em relação à Temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

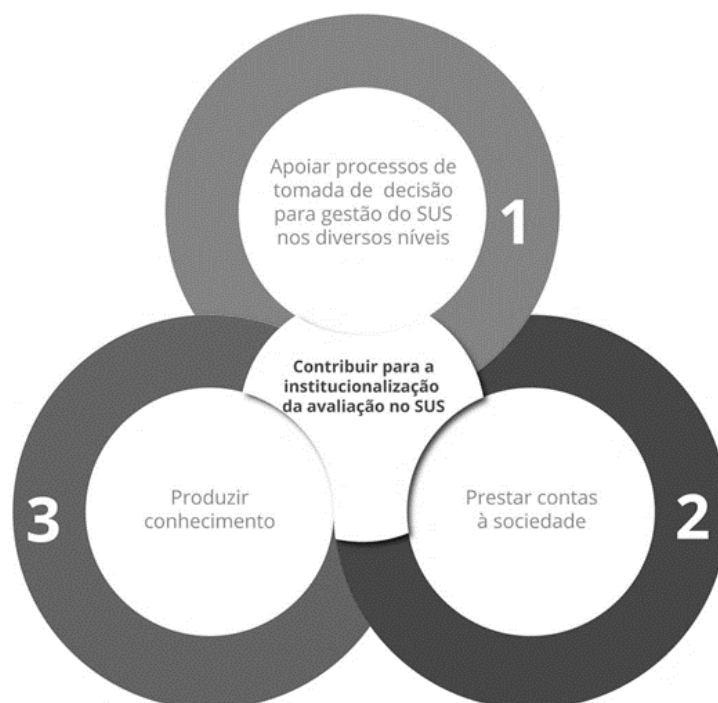
Fonte: Novaes, 2000, p.549

Nesse sentido, pode-se dizer que o trabalho apresentado a seguir compromete-se a colaborar com a produção de conhecimentos sobre o objeto proposto – avaliação da atenção à saúde da criança em serviços de APS – ao mesmo tempo em que almeja contribuir com elementos para o aprimoramento de políticas e práticas voltadas para a saúde infantil nesse nível de atenção, ambicionando assim concluir todo o ciclo

avaliativo, que se completa com a promoção de mudanças (individuais ou institucionais) provocadas por tomadas de decisão induzidas pelas reflexões das práticas, sendo estas, subsidiadas pelas informações científicas, confiáveis e socialmente legitimadas, resultantes das avaliações (CHAMPAGNE, 2011).

Esta proposta pode ser observada na **Figura 1**, que representa as expectativas do Ministério da Saúde para as avaliações em serviços de APS no âmbito do SUS.

Figura 1 – Representação gráfica para a proposta das avaliações em serviços de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasil.



Fonte: BRASIL, 2005

A tese será apresentada no presente trabalho por meio de três artigos, sendo: um teórico e dois empíricos. Para ilustrar cada um destes artigos, serão apresentadas algumas gravuras, da ilustradora e designer paulista, Anna Anjos.

O primeiro artigo, que realiza um aprofundamento conceitual do objeto a ser estudado, apresenta alguns marcos históricos sobre o modo como a sociedade define o “ser criança” e as ações de atenção à saúde da criança desenvolvidas no Brasil, foi ilustrado por uma obra que simboliza a construção social do conceito de família e, conseqüentemente, do conceito de criança.

O segundo artigo, que aborda a organização da atenção à saúde da criança nos serviços de APS, foi ilustrado por uma gravura que representa o comprometimento que os profissionais devem ter durante todo o processo de trabalho em saúde.

Já a terceira ilustração, da série “Cores do Brasil”, produzida em 2013, sintetiza a ideia apresentada no último artigo, cuja postura dos gestores municipais em relação ao seu “poder na tomada de decisão” interfere diretamente na organização dos serviços.

1. Introdução:

A PNAISC reconhece como criança toda “pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos” (BRASIL, 2015a, Art. 3º). A magnitude numérica dessa população, expressa por 7,6% dos 201,5 milhões de pessoas que compõem a população brasileira, ao lado de sua transcendência para a reprodução da sociedade, apontam para a importância de serviços de saúde adequados a esse grupo populacional e às específicas necessidades sociais de saúde que apresenta. O que é reforçado pela manutenção de um grande número de mortes e adoecimentos evitáveis, em que pese os grandes avanços já alcançados (FIGUEIREDO; MELO, 2007; BRASIL, 2010a; IBGE, 2010; VICTORA et al., 2011; PAIM et al., 2011; VENANCIO et al., 2016; TOMASI et al., 2017; MENDONÇA et al., 2017).

Os programas de atenção à saúde da criança foram implantados nos serviços públicos de saúde brasileiros pelo menos desde 1899, mantendo ao longo do tempo a finalidade transversal de assegurar o crescimento e desenvolvimento saudável e a preocupação com a redução da morbimortalidade infantil, ainda que o conceito de criança, desde então, tenha assumido diferentes significados históricos e sociais (ARIÈS, 1981; FREIRE; LEONY, 2011; VICTORA et al., 2011; SANINE, 2014).

Após a implantação de diferentes políticas públicas e do progresso social conquistado pelo país, particularmente nas duas últimas décadas, vários avanços puderam ser observados. Como por exemplo, a queda da mortalidade infantil (MI) que se apresentou acima da média mundial, cumprindo o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) de número 4, que previa reduzir a taxa de mortalidade infantil até o ano de 2015 (GBD, 2016; LIU et al., 2016; VENANCIO et al., 2016; LOURENÇO et al., 2014; VICTORA et al., 2011).

Cabe destacar, mesmo diante de melhorias como a apontada, a existência de indicadores que demonstram que a atenção à saúde da criança necessita de novas reestruturações, como as sinalizadas pelas taxas de mortalidade nos primeiros meses de vida, das internações por causas evitáveis pela APS e o crescente número de afecções originadas no período perinatal (VEGA et al., 2017; SANINE et al., 2016; VENANCIO et al., 2016; ANVERSA et al., 2012).

Apesar do impacto ocasionado pela ampliação da cobertura das unidades de saúde da família em relação às internações por causas sensíveis à atenção primária,

chama a atenção que, no Brasil, entre 1998 e 2007, 40,3% das internações de crianças entre zero e quatro anos de idade ocorreu por doenças do aparelho respiratório e 21,6% por doenças infecciosas e parasitárias (OLIVEIRA et al., 2010). Assim como, destaca-se o aumento dos casos de sífilis congênita em menores de um ano, cuja taxa de incidência por mil nascidos vivos no país mais do que dobrou nos últimos 10 anos, indo de 1,5 casos em 2002 para 4,7 em 2013 (BRASIL, 2015b), colocando em cheque a qualidade da assistência pré-natal, com graves consequências para a saúde infantil (TOMASI et al., 2017; MENDONÇA et al., 2017; HARZHEIM et al., 2016; SANINE et al., 2016; BRASIL, 2012a).

Tais resultados demonstram a existência de lacunas a serem superadas na organização dos serviços, entre as quais, destaca-se a pouca utilização do monitoramento dos serviços (FELISBERTO et al., 2014).

Lembrando que, muitas vezes, a organização dos serviços busca aumentar o acesso da população à assistência, sem se darem conta que ao avançar nesse caminho, os serviços respondem (e alimentam) um certo tipo de consumo, que nem sempre, corresponde, de fato, às necessidades sociais de saúde da população (MENDES-GONÇALVES, 2017; 1994). Por isso, soma-se ao uso dos processos de monitoramento, a importância em se compreender o significado social dado a “esta criança” na atualidade, fato que permitirá a identificação de suas necessidades sociais de saúde e a verificação do quanto as práticas exercidas nos serviços de APS encontram-se organizados para responde-las, fornecendo, assim, subsídios verdadeiros para a melhoria desta qualidade.

No cenário mundial, a avaliação de ações voltadas para a saúde da criança na APS assume diferentes abordagens, que tratam desde a saúde bucal e a atenção a morbidades na infância, como obesidade, infecção pelo HIV, e doenças do aparelho respiratório, particularmente asma. Nos países em desenvolvimento, nota-se uma maior concentração em temas como a qualidade na atenção materna infantil; e ainda, na identificação de fatores responsáveis pela redução da mortalidade infantil (RATHANUTH; RUIZ-BELTRAN, 2007; CHOPRA et al., 2009; VARMA et al., 2011; BROWN, 2012; KUO et al., 2012; ARLESIA MATHIS et al., 2013).

No Brasil, as avaliações de atenção à saúde da criança na APS abordam, em sua maioria, a qualidade da assistência em relação aos atributos da APS, estudos voltados a programas, como ao aleitamento materno e à redução da mortalidade infantil, além de levantamentos sobre internações por condições sensíveis à APS,

evidenciando que apesar de integrarem algumas das pesquisas avaliativas mais recentes, ainda faltam análises destas ações que reflitam a qualidade da organização na assistência prestada a este grupo (MENDONÇA et al., 2017; HARZHEIM et al., 2016; QUARESMA; STEIN, 2015; SILVA et al, 2015; VICTORA et al., 2011; TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008).

Os serviços de APS são considerados como um nível estratégico de atenção à saúde, por sua importância na coordenação e integração da rede de serviços, e por sua potencialidade em obter resultados efetivos para a melhoria das condições de saúde com maior eficiência e satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002; WHO, 2010; ANVERSA et al., 2012).

A ampliação dos investimentos públicos neste âmbito, com maior ênfase a partir da década de 2000, impulsionou o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, com a implementação de várias iniciativas avaliativas dirigidas a diferentes objetos de cuidado e com o uso de diferentes instrumentos, algumas das quais voltadas para ações da APS dirigidas à saúde infantil (HARZHEIM et al, 2006; MACINKO et al, 2006; FACCHINI et al 2008; TANAKA; ESPIRO SANTO, 2008; MONTEIRO et al, 2009; VENANCIO et al., 2016; TOMASI et al., 2017).

Como parte desse processo, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de avaliar os resultados das políticas e programas voltados para a APS, institucionalizar práticas avaliativas e instrumentalizar políticas de incentivo (BRASIL, 2017; 2015b; 2012a).

Como política governamental, o processo avaliativo desenvolvido pelo PMAQ, em seu terceiro ciclo iniciado em 2016, avança na busca de identificar o acesso e a qualidade dos serviços de APS ao definir diferentes instrumentos que procuram avaliar os serviços a partir de um amplo conjunto de informações sobre estrutura e processo, além de buscar apreender a avaliação feita pelos usuários (BRASIL, 2017). Ainda assim, a avaliação de serviços de saúde no país mantém-se como um grande desafio, tanto em função da grande complexidade do sistema e da relativa “juventude” do SUS e das práticas avaliativas a ele dirigidas, como pela heterogeneidade dos serviços num país de dimensões continentais (VIANA et al., 2006; PAIM et al., 2011; TOMASI et al., 2017).

Muitas avaliações com foco na APS têm apontado que os serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentam uma melhor qualidade quando comparados a serviços que seguem modelos assistenciais mais tradicionais, identificados, de um modo geral, como aqueles que atendem aos diferentes programas a partir da atuação de médicos clínicos, pediatras e ginecologistas (VENANCIO et al. 2016; SANINE, 2014; HARZHEIM et al., 2006; MACINKO et al., 2006), entretanto, pouco se tem avançado na discussão do modelo assistencial com base na avaliação da organização das ações e do gerenciamento local das unidades, enquanto dimensões que definem, no cotidiano dos serviços, os arranjos tecnológicos oferecidos na atenção à saúde.

O instrumento QualiAB – Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica - além de somar com as iniciativas de institucionalização da avaliação no país, concede aos gestores e gerentes locais a possibilidade de desenvolver práticas de monitoramento e melhoria de qualidade com envolvimento direto das equipes, permitindo a problematização do processo de trabalho e a discussão de novas estratégias de incremento da qualidade, além de preparar os serviços para avaliações periódicas dos órgãos governamentais. Do ponto de vista da produção de conhecimento, o desenvolvimento, a validação e a aplicação de instrumentos de avaliação de serviços contribuem com o aprimoramento do campo da avaliação, planejamento e gestão, fornecendo, no caso do QualiAB, elementos para análise dos modelos assistenciais operados na APS com foco em indicadores de processo, de grande importância para a definição de políticas públicas nessa área (NEMES, 2001; CASTANHEIRA et al., 2014).

A análise do QualiAB, aplicado em versão eletrônica, em 2010, no estado de São Paulo, apontou um amplo acesso às ações dirigidas à saúde da criança – de um universo de 2.735 serviços respondentes, 2.687 atendiam crianças –, destacando os serviços que possuíam agente comunitário de saúde (ACS) fixos na equipe como os serviços com melhor organização do processo de trabalho para a atenção à saúde da criança. Independentemente do modelo organizacional, observou-se maior concentração em ações voltadas para o cuidado individual por meio de consultas médicas (98%) e consultas de enfermagem (80,3%), mas com proporções também expressivas em ações de enfoque coletivo como vacinação (77,6%) e ações educativas na comunidade (93,4%). Entre as condições abordadas prevalecem temáticas tradicionais como aleitamento materno (87,3%), puericultura (87,7%) e

desnutrição (73,9%), com menor expressão na abordagem de condições como: saúde do escolar (33,9%), infecções respiratórias na infância (57%) e violência (30,8%). Chamou atenção a frequência de unidades que relataram a ocorrência de casos de sífilis congênita nos últimos 3 anos (13,7%), agravados pelo fato de 39,4% dos serviços não oferecem tratamento na própria unidade para as gestantes em seguimento com diagnóstico de sífilis (SANINE et al., 2016; SANINE, 2014). Desta forma, evidenciou-se a necessidade de diversificação das ações e temáticas abordadas para uma efetiva atenção integral à criança.

Assim, a presente tese pretende reconhecer o significado social de “ser criança” no Brasil para avaliar se os arranjos organizacionais prevalentes nos serviços de APS do interior paulista avançam nas respostas às necessidades sociais de saúde postas na atualidade, e em que medida esses arranjos configuram respostas adequadas às necessidades infantis.

Apoiado na Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, na qual os profissionais de saúde ao organizarem seus trabalhos (práticas exercidas nos serviços de saúde) apresentam o poder de responder necessidades, ao mesmo tempo, em que alimentam e geram novas necessidades, (MENDES-GONÇALVES, 2017; DALMASO, SCHRAIBER, 1992; MENDES-GONÇALVES et al., 1994; 1990), trabalha-se com a hipótese de que para além das variações dos conceitos sociais de criança que interferem nas práticas de saúde, e dialeticamente, estas práticas integram o processo de (re)construção social do conceito sobre essas crianças, acredita-se que existam diferentes arranjos organizacionais sendo operados na APS dirigida à saúde da criança, cujas diferenças se baseiam não apenas nos arranjos polares “estratégia de saúde da família” ou “unidades básicas tradicionais”, mas em releituras organizacionais desses arranjos, o que implica em modelos assistenciais com distintas capacidades de responder (ou não) às necessidades sociais de saúde da criança.

Avaliar a atenção à saúde da criança nessa perspectiva pretende contribuir tanto com a identificação das dimensões prioritárias para a melhoria da qualidade técnico organizacional dos serviços, definindo uma linha de base nessa dimensão, como para avançar na caracterização de como os diferentes modelos de práticas trazem subsídios para a definição social de diferentes concepções sobre o “ser criança” em nossa sociedade.

2. Objetivos:

Objetivo Geral

Reconhecer o conceito social de criança vigente na atualidade e avaliar a capacidade de resposta dos serviços de APS do interior paulista às necessidades sociais de saúde de saúde destas crianças

Objetivos específicos

1. Analisar as relações entre os diferentes significados sociais contemporâneos do ser criança e as ações de atenção à saúde da criança no Brasil, com foco na atenção primária
2. Avaliar as modificações na qualidade organizacional da atenção à saúde da criança em serviços de APS de uma RRAS do estado de São Paulo, em três momentos distintos
3. Avaliar a associação das variáveis de gerência local e gestão municipal com a qualidade organizacional das práticas de atenção à saúde da criança em serviços de APS, em uma RRAS do estado de São Paulo

3. Método:

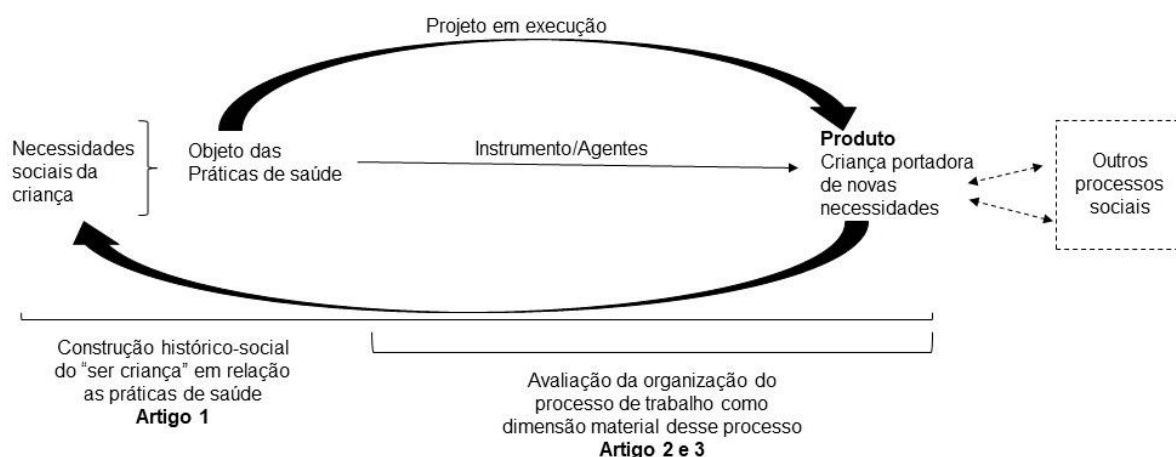
3.1 Desenho do estudo e embasamento teórico

Trata-se de pesquisa avaliativa, transversal e analítica, realizada a partir de revisão da literatura e análises estatísticas dos bancos de dados das aplicações do instrumento QualiAB no estado de São Paulo.

Buscando refletir a micro dimensão organizativa do cotidiano do trabalho nos serviços de APS, o referencial que orientou a construção teórica do objeto, e embasa o instrumento de avaliação utilizado, refere-se à Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (MENDES-GONÇALVES, 2017; 1994; SCHRAIBER et al. 1999), à qual se articula com o principal referencial no campo da avaliação os estudos de Donabedian (2005; 1990; 1969) e Nemes (2004; 2001).

O modelo de análise utilizado na construção do presente trabalho encontra-se sintetizado na **Figura 2**. As necessidades sociais de saúde da criança, presentes na complexidade do seu “ser em sociedade”, são historicamente construídas. Ao se tornar objeto a que se aplica o trabalho, a criança passa a ser reconhecida a partir de um recorte, ganhando novas significações a partir das práticas de saúde, na dimensão em que estas integram o conjunto das práticas sociais.

Figura 2 – Síntese do modelo de análise segundo a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (MENDES-GONÇALVES, 2017).



Com base neste princípio, construiu-se a estrutura analítica orientadora do Artigo 1, que apresenta na construção social do “ser criança” esta interface entre as necessidades sociais de saúde da criança na atualidade e sua articulação com as práticas de saúde destinadas a este grupo populacional.

As práticas de saúde são orientadas por uma finalidade, mais ou menos explícita, que define o processo de trabalho em direção a um determinado produto, que por sua vez, reflete o projeto de trabalho de fato implementado. Assim, os Artigos 2 e 3 referem-se a uma avaliação que busca julgar o quanto a organização deste processo de trabalho se aproxima do projeto atual, ou seja, o quanto deste projeto está sendo efetivado, e o quanto esta organização corresponde às necessidades sociais de saúde que se quer responder.

O atual projeto de atenção à saúde da criança é traduzido em normas, utilizadas como critérios e padrões de julgamento na avaliação, construídas segundo as propostas governamentais para a atenção à saúde da criança no âmbito da APS, e que deveriam reproduzir uma criança portadora de direitos. A execução deste projeto utiliza para sua concretização, instrumentos (materiais e não materiais) e agentes (trabalhadores, gerentes locais e gestores municipais).

O produto gerado a partir do trabalho em saúde consubstancia sua finalidade, fechando um ciclo no qual o modo de responder as necessidades sociais de saúde reproduz a ideia de uma criança portadora de novas necessidades que realimentam o processo de reprodução social. Esse processo, enquanto integrante das práticas sociais, não se dá de forma isolada, de modo que as necessidades sociais de saúde respondidas são, simultaneamente, redefinidas por outros processos, o que, entretanto, não dirime a importância do trabalho em saúde.

As avaliações propostas julgam a organização do processo de trabalho como uma dimensão material desse processo. Ganham uma dimensão formativa ao utilizar um instrumento de auto avaliação que requer a implicação dos agentes do processo de trabalho na avaliação crítica do próprio processo, e a apropriação do conjunto de normas e critérios que orientam a avaliação, influenciando diretamente no processo de trabalho.

Este tipo de avaliação permite que os agentes do processo de trabalho estejam atentos, monitorando a organização deste processo, a fim de julgar criticamente quais as necessidades sociais de saúde estão sendo reproduzidas, de modo a reavaliar

continuamente a coerência entre o projeto proposto e o executado, até para que novas propostas sejam construídas.

Nesse sentido, a utilização de instrumentos desvinculados de políticas governamentais, ainda que sujeito à variabilidade de adesão dos gestores, como o utilizado no presente trabalho, pode fornecer elementos que ampliem a capacidade de análise e de contribuição para o incremento da qualidade nos serviços (CASTANHEIRA et al., 2015).

Desta forma, primeiramente, realizou-se um ensaio alicerçado em revisão bibliográfica baseada nas concepções histórico-sociais do “ser criança” e na análise de sua correlação com as práticas de saúde pública voltadas para a atenção à saúde da criança, privilegiando-se as ações desenvolvidas no âmbito da APS.

Após este aprofundamento e delineamento do objeto, avançou-se para a avaliação dos indicadores de qualidade relacionados à organização das práticas de saúde voltadas para a atenção à saúde da criança na APS, utilizando os bancos gerados pelas coletas do Grupo de Pesquisa “QualiAB: avaliação de serviços e tecnologias de atenção básica em sistemas regionalizados de saúde”¹.

Para a realização desta avaliação, partiu-se de um estudo comparativo da atenção à saúde da criança nos serviços de APS entre os anos de 2007/2010/2014, para, posteriormente, analisar sua associação com os indicadores de gestão municipal e gerencialmente local que poderiam interferir na organização destes serviços no ano de 2014.

Os critérios de qualidade devem refletir a melhor resposta possível às necessidades sociais de saúde da população estudada, dentro da realidade onde se desenvolvem as práticas de saúde avaliadas (BROUSSELLE, 2011; DONABEDIAN, 1990). Assim, para avaliar a atenção integral à saúde da criança, adotou-se como critérios e normas que orientam a definição da qualidade no presente trabalho, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012b) e, em especial, os seis primeiros eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC (**Anexo 1**), que visam no âmbito do SUS, “orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional” (BRASIL, 2015a, art.6º).

¹ Destaca-se que este grupo de pesquisa é coordenado pela orientadora do presente trabalho, no qual esta pesquisadora, também, se insere.

3.2 Estrutura analítica do ensaio (Artigo 1)

Visando atender ao *objetivo 1*, realizou-se um ensaio alicerçado em revisão bibliográfica utilizando os descritores “public helath (history)”, “child health”, “child care”, “child health services”, “primary health care” nas bases Scopus e Bireme, entre os anos de 1990 e 2015, além de livros e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Foram excluídas as teses e dissertações, com exceção de Sanine (2014).

O material coletado foi organizado em ordem cronológica e, no Programa Excell®, foi dividido em quatro momentos que utilizaram como marcos de inflexão histórica, as mudanças na delimitação do “ser criança” como objeto de atenção à saúde; as tecnologias de cuidado voltadas a este objeto; e a organização dos serviços de atenção à criança, com foco nas ações de saúde e serviços de APS.

Assim, o primeiro momento buscou separar as diferentes concepções do “ser criança” no Brasil para que após o levantamento das práticas relacionadas com a atenção à saúde da criança na APS fosse possível identificar as inflexões tecnológicas destas práticas ao longo dos diferentes períodos históricos, permitindo com a sobreposição destes dados, a identificação de períodos que, mesmo diante de transposições, pudessem sintetizar as demarcações históricas que representassem alterações na organização e tecnologias das práticas voltadas para a atenção à saúde da criança (**Quadro 2**).

Quadro 2 - Delimitação cronológica das concepções de criança e suas respectivas inflexões tecnológicas e exemplos de práticas relacionadas à saúde da criança.

CONCEPÇÕES DE CRIANÇA	INFLEXÕES TECNOLÓGICAS	EXEMPLOS DE POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE
ANONIMATO (SÉC. XVI – XVII)	Controle do meio físico como forma de conter doenças transmissíveis.	- Cirurgião-Mor. - Físico-Mor.
EMERGÊNCIA (SÉC. XVIII - XIX)	Novo conhecimento do coletivo com objetivo de criar condições de salubridade para atender à nova sociedade.	- Saneamento do meio. - Fiscalização profissional. - Combate às doenças transmissíveis. - Puericultura: acompanhamento do desenvolvimento infantil.
MATRIZ DE MÃO DE OBRA (SÉC. XIX - XX)	Controle individual e populacional com a inclusão da Epidemiologia para a segurança das cidades. Adição da Educação Sanitária e Higiene Infantil.	- Inspeção das amas de leite. - Cloração da água pública. - Organização federal dos serviços estaduais de saúde. - Proteção médico-sanitária da gestante e criança. - Expansão da Puericultura: promoção de saúde. - Criação do Fundo de Proteção à Maternidade e Infância. - Comissão de Planejamento e Coordenação de Vacinação. - Criação do FESIMA.
OBJETO DE PROGRAMAS SOCIAIS (SÉC. XX)	Incorporação da Educação em Saúde: Promoção e Prevenção e emergência da Programação em Saúde que engloba aspectos multidimensionais da vida humana.	- Promoção do aleitamento. - Divulgação do cartão da criança. - Estímulo ao alojamento conjunto nas maternidades. - Formação do Comitê de Saúde Perinatal. - Avaliação e acompanhamento de pesquisas.
SUJEITO DE DIREITOS (SÉC. XX – atualidade)	Ampliação da Promoção em Saúde através da descentralização e expansão dos serviços baseados nos conceitos de integralidade, universalidade e igualdade.	- Construção de parcerias. - Implantação da PHPN - Incorporação da AIDPI. - Pacto estadual e municipal da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da criança e Redução da Mortalidade infantil - Implantação de comitês de mortalidade infantil. - Pacto um Mundo para a Criança e o Adolescente no Semiárido. - Implantação de Linhas de Cuidados da OMS* - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC
*Vigilância à Mortalidade Infantil e Fetal; Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; Atenção à Saúde do Recém-Nascido; Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz.		

Fonte: ver Sanine PR, Castanheira ERL Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2017 (No Prelo).

3.3 Estrutura das avaliações (Artigo 2 e 3)

3.3.1 Instrumento de coleta

Utilizou-se para o levantamento dos dados o Questionário Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica – QualiAB (CASTANHEIRA et al., 2015; 2014).

Trata-se de um questionário estruturado, auto aplicativo via web, sem incentivos governamentais ou financeiros, dirigido aos gerentes e equipes de serviços de APS, com foco na avaliação da estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento. Abrange o conjunto dos serviços de APS, independente do seu modelo organizacional, seja Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde (tradicionais) ou diferentes arranjos entre esses dois modelos (CASTANHEIRA et al., 2011; 2014).

Construído e atualizado por processo de consenso iterativo (Técnica Delphi adaptada), validação de construto e confiabilidade (FAPESP, edital PPSUS nº 05/58652-7, e CNPq, edital Universal nº 485848/2012-0), suas aplicações ocorreram somente após aceite dos termos de compromisso e confirmação, pelo gestor municipal de saúde, dos dados cadastrais do município e de seus serviços de APS. Após esta etapa, os gerentes ou coordenadores dos serviços realizaram a adesão e se comprometeram em reunir a equipe para responder ao instrumento (ZARILI, 2015).

A aplicação no ano de 2007 teve como objetivo validar a primeira versão do instrumento e foi realizada por convite aos serviços de APS integrantes dos Departamentos Regionais de Saúde de Registro, Socorro e Bauru, que somavam juntos 650 serviços localizados em 131 municípios. Nesta etapa, houve a adesão voluntária de 115 municípios, com participação de 598 serviços. Cabe informar que nesta aplicação, os serviços puderam optar entre responder pela web ou em papel, o que invalidou a participação de 44 serviços que não responderam adequadamente, considerando a participação nesta análise de apenas 524 serviços (CASTANHEIRA et al., 2014).

A aplicação referente ao ano de 2010, foi proposta em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP e o Programa Articuladores da Atenção Básica, no qual todos os serviços do estado foram convidados a participar. Do total de 645 municípios do estado, responderam ao instrumento 2.735 serviços de 586 municípios (CASTANHEIRA et al., 2015).

No ano de 2014, como parte do processo de atualização e validação do instrumento em nível nacional, os serviços de APS pertencentes à RRAS-09 foram convidados a responder voluntariamente a versão piloto do instrumento. Do total de 308 serviços localizados em 68 municípios, responderam 163 serviços de 41 municípios (ZARILI, 2015).

O número de adesões municipais e de serviços participantes em cada um dos anos de aplicação do instrumento e os respectivos universos de municípios e serviços para o qual foi ofertado o QualiAB pode ser observado no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Número de municípios e serviços que responderam ao QualiAB em relação ao universo de aplicação, segundo o ano.

Ano de aplicação	2007		2010		2014	
	Universo	Adesão	Universo	Adesão	Universo	Adesão
Municípios	131	115	645	586	68	41
Serviços	650	524	4.610	2.735	308	163

Fonte: CNES, [2017]; QualiAB, 2007; 2010; 2014

A estrutura do instrumento no ano de 2007 (**Anexo 2**), era composta por 85 questões, sendo: 20 de caracterização dos serviços e 65 indicativas de qualidade. No ano de 2010 (**Anexo 3**), apesar de pequenas atualizações nas questões, o instrumento não sofreu grandes alterações, mantendo o mesmo número de questões e indicadores (CASTANHEIRA, 2011; 2014; 2015).

No processo de atualização do QualiAB iniciado no ano de 2013, apesar do instrumento ter mantido a mesma estrutura, ocorreram mudanças não somente na formulação, como também no número de questões, cuja versão aplicada como teste-piloto (**Anexo 4**) foi constituída por 126 questões, sendo 21 de caracterização dos serviços e 109 responsáveis pela construção de indicadores de qualidade (ZARILI, 2015).

Em todas as versões do instrumento, as questões eram formadas por indicadores compostos de qualidade cuja composição das alternativas definem uma pontuação final entre 0 e 2, para cada questão (CASTANHEIRA et al., 2015). No entanto, no presente estudo estes indicadores e sua pontuação original não serão utilizados, uma vez que se optou por trabalhar, de modo dicotômico, com as

alternativas que compunham diferentes questões, definido assim uma nova tipologia de indicadores.

3.3.2 Amostra e Local do estudo

O presente trabalho utilizou amostra, intensional, resultante das diferentes aplicações do instrumento QualiAB no estado de São Paulo.

Para garantir a comparação dos mesmos serviços, a definição da amostra da primeira avaliação (Artigo 2) foi realizada comparando-se os bancos de dados gerados nas três aplicações do QualiAB (2007, n=524; 2010, n=2.735 e 2014, n=163), selecionando apenas os serviços que responderam em todos os anos (n=86). Posteriormente, foram excluídos dos 86 serviços aqueles que afirmaram não atender criança em pelo menos um dos anos avaliado (n=5), o que resultou no número final de 81 serviços.

Já para a amostra da segunda avaliação (Artigo 3), foram mantidos todos os serviços respondentes do QualiAB no ano de 2014 (n=163), excluindo apenas aqueles que afirmaram não atender criança (n=12), resultando no universo de 151 serviços avaliados.

Conforme apresentado na **Figura 3**, os 645 municípios que integram o estado de São Paulo encontram-se divididos administrativamente em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), sendo que os municípios pertencentes a RRAS de Bauru (RRAS-09) esteve envolvida nas três aplicações do QualiAB. Desta forma, pode-se afirmar que dos 68 municípios pertencentes a RRAS-09, integraram este estudo:

- 32 municípios e 81 serviços (primeira análise - Artigo 2);
- 40 municípios e 151 serviços (segunda análise - Artigo 3).

3.3.3 Indicadores e variáveis do estudo

Os indicadores permitem mensurar o quanto cada ação avaliada aproxima-se, ou não, da qualidade desejável. A explicitação dos critérios e padrões utilizados para cada indicador, proporciona que a equipe reflita sobre seu processo de trabalho, favorecendo o planejamento de futuras intervenções (FURTADO, 2006; BROUSSELLE et al., 2011; ANVERSA et al., 2012).

No instrumento QualiAB, os indicadores (questões e alternativas) foram construídos visando identificar a qualidade na organização do processo de trabalho,

evidenciados em quais as ações, e como, são realizadas pelos serviços (CASTANHEIRA et al., 2016).

Figura 3 – 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, [2017].



Fonte: São Paulo, [2017]

Especificamente, em relação à saúde da criança, as questões e suas alternativas foram desenvolvidas utilizando as diretrizes e normativas propostas para a atenção integral à saúde da criança no âmbito dos serviços de APS do SUS (BRASIL, 2015a; 2014; 2012b; 2010b; 2004; 1990).

Para a seleção dos indicadores responsáveis pelas avaliações da qualidade organizacional dos serviços de APS em relação à atenção à saúde da criança, elaborou-se um quadro (**Anexo 5**) com todas as questões do QualiAB (e suas respectivas alternativas) relacionadas às recomendações preconizadas nos seis primeiros eixos estratégicos da PNAISC (**Anexo 1**).

A construção dos indicadores ocorreu em quatro etapas:

- 1) selecionou-se todas as alternativas das questões que, conforme o quadro para a organização da atenção à saúde da criança em serviços de APS (**Anexo 5**), apresentavam magnitude relacionadas à organização de ações capazes de oferecer uma atenção integral à criança (desde sua formação fetal na gestação);
- 2) estas alternativas foram divididas, conforme suas especificidades: mais voltadas à caracterização dos serviços ou à assistência, propriamente dita;
- 3) Considerou-se *variável* (externa) as alternativas com capacidade de auxiliar na compreensão da realidade apresentada e, como *indicador*, as alternativas qualificadas para sintetizar e mensurar o conjunto de ações da assistência prestada à saúde da criança;
- 4) cada um dos indicadores recebeu uma pontuação dicotômica, ou seja, as alternativas extraídas das questões foram pontuadas com 0, quando o serviço não realizava a ação, ou 1, quando a ação era realizada pelo serviço.

Em função do *Artigo 2* comparar indicadores das três versões do instrumento (2007/2010/2014), foi necessário selecionar apenas aqueles existentes em todas suas versões, o que inviabilizou a utilização de algumas informações que continuam em apenas uma das versões do QualiAB.

Selecionou-se as variáveis “tipo de serviço” (USF, UBS “tradicional”, UBS com ESF/PACS e Outros) e “localização do serviço” (área rural, urbano central e urbano periférica), além de questões, e suas respectivas alternativas, que compuseram os indicadores analisados para avaliar as modificações na qualidade organizacional da atenção à criança em serviços de APS de uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) do estado de São Paulo, em três momentos distintos.

Compuseram o banco final 81 alternativas do QualiAB que foram agrupadas segundo seu potencial de caracterizar os serviços (07 variáveis) e de mensurar a qualidade organizacional das ações diretamente relacionadas à saúde da criança (74 indicadores).

Estes indicadores foram apresentados no **Anexo 6** e identificados segundo número da questão/alternativa referente a cada uma das versões do instrumento (2007/2010/2014), no **Anexo 7**.

Para a análise do *Artigo 3* partiu-se da seleção de todos os indicadores da versão do instrumento no ano de 2014 (n=106) que se encontravam no quadro para a organização da atenção à saúde da criança em serviços de APS (**Anexo 5**).

A partir deste conjunto de indicadores, buscou-se a seleção dos mais sensíveis para mensurar a qualidade da atenção à saúde da criança na APS. Utilizou-se como critério de eleição: o poder de sintetizar as diretrizes propostas nos documentos oficiais da área; e a frequência observada, sendo excluídos os indicadores que não apresentaram capacidade de discriminação.

Desta forma, 76 alternativas compuseram os indicadores de qualidade organizacional da saúde da criança nos 151 serviços de APS do interior paulista. Este processo de seleção dos indicadores pode ser observado no **Anexo 8**.

Para realizar a associação da qualidade organizacional das ações relacionadas à saúde da criança com os indicadores com a influência das tomadas de decisões dos gestores, selecionou-se 30 indicadores voltados ao contexto gerencial dos serviços, ou seja, indicadores aos quais as equipes dos serviços não possuíam autonomia para a tomada de decisão, refletindo maior autonomia dos gestores municipais ou dos gerentes dos serviços.

Para a caracterização dos serviços, selecionou-se 12 variáveis, como por exemplo, a localização dos serviços ou a disponibilidade de acesso como o período de funcionamento.

3.3.4 Modelos de análise

Para as análises dos bancos resultantes das aplicações do instrumento QualiAB, utilizou-se o pacote estatístico IBM/SPSS® v.21.0, considerando o nível de significância de 5%.

3.3.4.1 Análise do Artigo 2

As análises estatísticas para responder ao *objetivo 2*, foram realizadas em quatro etapas.

Foram definidos quatro domínios de análise: “Recursos e Insumos básicos”, “Promoção à saúde”, “Prevenção de agravos à saúde” e “Assistência à saúde”. Os domínios reúnem indicadores que em conjunto sintetizam o desempenho de cada um dos recortes neles representados, definidos enquanto componentes centrais da qualidade organizacional da atenção à criança.

Nos quatro domínios distribuem-se os 74 indicadores de atenção à saúde da criança:

- Domínio “Recursos e Insumos Básicos” – constituído por 13 indicadores que representam as condições estruturais básicas para que os serviços possam ofertar ações voltadas para a saúde da criança;
- Domínio “Promoção à saúde” – constituído por 18 indicadores de caráter educativo, permitindo mensurar o quanto os serviços encontram-se organizados para acolher e compartilhar experiências com familiares e instituições infantis;
- Domínio “Prevenção de agravos à saúde” – constituído por 30 indicadores que demonstram o quanto os serviços garantem a precocidade na identificação de condições de risco, além do seu compromisso e responsabilização com as crianças em seguimento. Em função de suas especificidades, este domínio foi subdividido em “Vigilância em saúde”, composto por 17 indicadores e “Atenção à gestação”, composto por 13 indicadores.
- Domínio “Assistência à saúde” – constituído por 13 indicadores que refletem a organização de práticas que favoreçam o acompanhamento da saúde da criança por meio de intervenções e orientações (individuais) para a manutenção da saúde e/ou melhora dos agravos.

Para comparar as mudanças dos indicadores dentro de cada domínio e das características dos serviços entre os anos (2007/2010/2014), foram utilizados os testes do Quiquadrado e Z com correção de Bonferroni.

Na sequência, calculou-se a média e a comparação dos domínios entre os anos (2007/2010/2014), atribuindo um ponto para cada indicador selecionado, e a partir desta pontuação total, aplicou-se o teste ANOVA seguido do teste de Tukey.

Por fim, para identificar a existência de uma relação linear entre os quatro domínios de análise, ou o apontamento de quais domínios apresentaram maior prática em cada um dos anos avaliados (2007/2010/2014), utilizou-se o teste de correlação de Pearson.

Cabe destacar que buscando garantir que a diferença no número de indicadores, em cada domínio de análise, não interferisse no teste de correlação entre

os domínios, antes de estimar suas médias, realizou-se a normalização dos valores de cada um deles.

3.3.4.2 Análise do Artigo 3

Para responder ao *objetivo 3*, primeiramente, foi atribuído um ponto para cada um dos 76 indicadores selecionados, gerando um escore máximo de 76 pontos.

A partir da soma da pontuação total dos serviços definiu-se os grupos de qualidade, separados por quartil, já que não se esperava uma distribuição normal dos serviços.

Após a definição dos quatro grupos de qualidade, sendo G0 composto por serviços com os menores escores e o G3 os melhores, compondo, portanto, o grupo de melhor qualidade, realizou-se a associação destes grupos com as variáveis referentes ao contexto gerencial, utilizando a distribuição das frequências dos indicadores e suas comparações, quando realizadas, por testes Quiquadrado e Z.

3.4 Aspectos éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o trabalho apresentado, que insere-se à projetos de pesquisa mais amplos, intitulados “Avaliação da Gestão da Atenção Básica nos Municípios de Quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo”, “QualiAB – Avaliação e monitoramento dos serviços de Atenção Básica do Estado de São Paulo” e “Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional”, cuja autorização para manipulação dos dados foi concedida pelo coordenador responsável (**Anexo 9**), foi avaliado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) junto à Plataforma Brasil sob o nº 935.124/2014 (**Anexo 10**).

4. Resultados:

A seguir, apresentam-se os resultados, iniciando-se pelo artigo intitulado “Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde”², que por meio de um ensaio bibliográfico sobre o significado social do “ser criança” enquanto objeto de práticas de saúde, proporcionou ampliar a apropriação do tema em estudo.

Esta análise atendeu ao primeiro objetivo do trabalho, permitindo observar que as ações de saúde, enquanto práticas sociais, integram o processo de construção do “ser criança”, evidenciando proposições políticas que reconhecem a criança da atualidade como sujeito portador de direitos. No entanto, evidenciou alguns distanciamentos entre as políticas públicas e suas práticas, retratando a permanência de ações já ultrapassadas e que não atendem as necessidades sociais de saúde postas para a criança presente na sociedade contemporânea.

Considerando que os serviços de APS ao se dispor a atender as necessidades sociais de saúde da criança, possuem o poder de reproduzir e/ou instaurar novas necessidades, levantou-se o questionamento do quanto os serviços de APS da RRAS 09 implementaram práticas que corroboram com o conceito de criança como portadora de direitos.

Para responder esta questão, correspondente ao objetivo de número dois, apresenta-se o segundo artigo, denominado “Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo”³.

Este artigo avaliou a correlação entre as políticas de atenção à saúde da criança e sua implantação em serviços de APS da RRAS 09, durante o passar dos anos e retratou mudanças organizacionais que em alguns momentos avançam em direção às propostas preconizadas pelas políticas públicas, mas que em contrapartida, em outros, permanecem estagnados ou retrocedem.

² Manuscrito aprovado (prelo) no periódico História, Ciências, Saúde – Manguinhos (ISSN: 0104-5970 e ISSN On-line: 1678-4758).

³ Manuscrito aprovado (prelo) no periódico Cadernos de Saúde Pública (ISSN: 0102-311X e ISSN On-line: 1678-4464).

Reconhecendo que as políticas públicas devam orientar as práticas de saúde, e assumindo que a qualidade diz respeito ao melhor resultado possível dentro do contexto analisado, justifica-se a existência de um intervalo de tempo para que estas ações sejam efetivadas nos serviços de APS. No entanto, para além desta questão do tempo, sabe-se que há outros fatores que interferem na qualidade organizacional dos serviços, como questões governamentais e carência de recursos financeiros, levando a novos questionamentos, como: Qual a qualidade organizacional das práticas de atenção à saúde da criança operada nestes serviços? Quais fatores a diferenciam?

O último artigo (versão preliminar), que configura o terceiro objetivo apresentado neste trabalho, buscou responder estas questões. Intitulado “Influências da gestão na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária”⁴, ao associar as práticas de atenção à saúde da criança às variáveis de contexto gerencial, evidenciou a influência das decisões dos gestores municipais e gerentes dos serviços na qualidade organizacional destes serviços, destacando a importância do planejamento participativo neste processo de trabalho.

⁴ Pretende-se submeter a versão final deste manuscrito à apreciação da Revista Panamericana de Saúde Pública (ISSN online: 1680 5348; ISSN impressa: 1020 4989).

4.1 Artigo 1 - Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde



Fonte: Anna Anjos. Disponível em: <https://www.annanjos.com/>

Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde

Patricia Rodrigues Sanine

Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista (Unesp)/Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB).

Rua Carlos Guadanini, 2406

18610-120 – Botucatu – SP – Brasil

patsanine@yahoo.com.br

Elen Rose Lodeiro Castanheira

Professor assistente doutor, Departamento de Saúde Pública (DSP)/ Unesp/ FMB.

Campus da Unesp - Distrito de Rubião Junior, s/n (anexo verde)

18618-000 – Botucatu – SP - Brasil

elen@fmb.unesp.br

Recebido para publicação em julho de 2016.

Aprovado para publicação em janeiro de 2017.

SANINE, Patricia Rodrigues; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.1, jan.-mar. 2018.

Resumo

Busca correlacionar os diferentes significados sociais atribuídos à criança com as ações de saúde dirigidas a esse grupo a partir do século XIX, no Brasil. Ensaio alicerçado em revisão bibliográfica baseada na concepção social do “ser criança” e sua correlação com as políticas e práticas de saúde pública e de assistência à criança, privilegiando-se as ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde. Identificaram-se três diferentes concepções do significado da criança. Exploram-se as inter-relações entre as transformações na construção social de criança e as diferentes proposições políticas e tecnológicas de atenção à criança no Brasil, apontando o desafio contemporâneo de desenvolver tecnologias de cuidado que a fortaleçam como sujeito de direitos.

Palavras-chave: história da saúde pública; saúde da criança; cuidado da criança; história da criança.

Pode-se afirmar que a infância é uma etapa do desenvolvimento humano diferencialmente valorizado pelas políticas públicas de saúde. No Brasil, a Constituição Federal refere ser dever do Estado assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde (Brasil, 2011), o que ganha expressão no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos conceitos de integralidade, universalidade e equidade, enquanto princípios que devem orientar ações dirigidas ao desenvolvimento saudável e à prevenção de doenças e agravos na infância (Paim et al., 2011; Victora et al., 2011; Gomes, Adorno, 1990).

A expansão dos serviços, a universalidade das ações e o grau de intervenção social assumido pelas práticas de saúde voltadas para a infância, particularmente via Atenção Primária à Saúde (APS), apontam hoje para a importância de um olhar crítico sobre as ações desenvolvidas, de modo a identificar suas fortalezas e debilidades. Também convidam a analisar a coerência que apresentam em relação ao projeto de saúde socialmente pactuado para esse segmento populacional, como preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) (Brasil, 13 jul. 1990, 5 ago. 2015; WHO, 2008).

Os dispositivos de cuidado e proteção à criança, ao lado do próprio significado social do “ser criança”, diversificaram-se ao longo da história. No campo da saúde coletiva, o percurso histórico da criança como objeto de práticas sociais tem sido pouco explorado, especialmente quando considerado em relação às práticas dirigidas à infância desde seu reconhecimento como objeto de intervenção em saúde até a recém-promulgada Pnaisc (Brasil, 5 ago. 2015; Schultz, Barros, 2011; Mota, Schraiber, 2009; Zanolli, Merhy, 2001).

Atualmente, a criança é reconhecida em todo o mundo ocidental como portadora de direitos sociais e de proteção especial, garantidos por dispositivos legais socialmente legitimados. Estudos nacionais e internacionais abordam concepções sobre o “ser criança” e suas relações com a dinâmica e estrutura social em diferentes contextos ao longo da história (Cárcamo et al., 2014; Wolfe et al., 2013; Freire, Leony, 2011; Lage, Rosa, 2011; Schultz, Barros, 2011; Lionetti, Miguez, 2010; Mota, Schraiber, 2009; Freitas, 2003; Del Priori et al., 1991; Fonseca, 1993; Gomes, Adorno, 1990; Ariès, 1981).

Cabe indagar, a partir do reconhecimento da criança como objeto de intervenção em saúde, como as políticas e práticas de saúde pública brasileiras vêm participando desse processo de construção da concepção de infância na contemporaneidade. Em outras palavras, e

procurando precisar melhor as indagações colocadas, quer-se trazer para o debate questões como: quais os nexos entre as práticas de higiene e de medicalização da sociedade ocidental e a instituição contemporânea da proteção integral à saúde da criança sustentada como direito constitucional? Como as ações voltadas para a atenção à saúde da criança participam historicamente da construção da concepção de infância como etapa da vida com características e necessidades próprias?

O presente ensaio tem como objetivo discutir alguns dos marcos históricos sobre o modo como a sociedade define a criança e como as diferentes concepções orientam, são apropriadas e reproduzidas nas ações de saúde voltadas para a infância, utilizando como principal cenário de práticas as ações de saúde da criança desenvolvidas no Brasil, particularmente em alguns de seus principais centros urbanos.

Parte-se do pressuposto que as práticas de saúde enquanto práticas sociais participam do processo de reprodução social, ou seja, respondem a necessidades e, simultaneamente, integram o processo de instituição de novas necessidades sociais de saúde, reproduzindo tanto valores como mercadorias (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000; Mendes-Gonçalves, 1994; Mendes-Gonçalves, Schraiber, Nemes, 1990; Dalmaso, Schraiber, 1992; Donnangelo, 1975).

Propõe-se uma aproximação do modo como as práticas de saúde têm participado da construção social do “ser criança” e como reproduzem e recriam esse significado à medida que respondem às necessidades sociais desse grupo por meio das tecnologias operadas na atenção à criança. Espera-se que essa abordagem contribua para o fortalecimento de um olhar crítico que favoreça o desenvolvimento de práticas coerente com valores que fortaleçam os direitos sociais e a construção da cidadania a partir da infância.

Trata-se de um ensaio alicerçado em revisão bibliográfica sobre a concepção de criança e sua correlação com as práticas de assistência e de saúde pública voltadas a esse segmento social, privilegiando-se as ações desenvolvidas no âmbito da APS.

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases Scopus e Bireme entre 1990 a 2015, abrangendo também a busca de livros e literatura cinzenta – particularmente publicações oficiais do Ministério da Saúde. As teses e dissertações foram excluídas das análises, optando-se por trabalhar somente com livros e literatura indexada, com exceção de Sanine (2014), como referência à primeira aproximação dessa temática realizada pelos autores. Foram utilizados os descritores “public health (history)”, “child health”, “child care”, “child health services”, “primary health care”.

Para seleção dos estudos considerou-se como marcos de inflexão histórica as mudanças na delimitação do “ser criança” como objeto de atenção à saúde; as tecnologias de cuidado voltadas a esse objeto; e a organização dos serviços de atenção à criança, com foco nas ações de saúde e serviços de APS.

O trabalho foi realizado em quatro momentos sequenciais: (1) o material bibliográfico foi separado conforme as concepções de criança, delimitando um primeiro quadro cronológico; (2) as práticas relacionadas à saúde da criança na APS foram formatadas em uma planilha estruturada, num segundo conjunto, destacando: órgão gestor, principais ações e ano de implantação, cujos dados foram organizados em ordem crescente segundo o ano de implantação da ação; (3) foi elaborado um terceiro quadro com as inflexões tecnológicas das práticas de saúde voltadas para criança ao longo dos diferentes períodos históricos; (4) os três conjuntos de dados sistematizados foram sobrepostos delimitando-se como inflexões históricas as mudanças na concepção do “ser criança”, procurando-se identificar em cada período alterações na organização e tecnologias de cuidado voltadas à saúde da criança.

Optou-se por utilizar o termo “concepção do ser criança” pela sua capacidade de compreender as determinações sociológicas presentes na sua construção e, portanto, evidenciar sua associação com contextos histórico-sociais específicos (Minayo, 1991).

Para delimitar os marcos de inflexões históricas sobre a criança como objeto de atenção, utilizou-se como constructo teórico os pressupostos de Schultz e Barros (2011) e Gomes e Adorno (1990), que traçam o desenvolvimento histórico da definição do “ser criança” até a compreensão atual, como ser humano em desenvolvimento, constituído como sujeito de direitos e deveres.

Para a análise das diferentes proposições e práticas definidas para os serviços de atenção à criança e das tecnologias de cuidado operadas em cada período, amparou-se na Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. Segundo esse referencial, as práticas de saúde participam da construção social dos sujeitos, na medida em que, enquanto trabalho, integram o processo de reprodução social (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000, 1992, 1994; Dalmaso, Schraiber, 1992; Mendes-Gonçalves, Schraiber, Nemes, 1990).

Ganham destaque como referências para discussão das ações contemporaneamente voltadas à saúde da criança no Brasil, os princípios e diretrizes presentes no SUS para a organização da APS; particularmente, para a atenção à saúde da criança, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012) e da PNAISC (Brasil, 5 ago. 2015), respectivamente.

A criança enquanto ser social e a própria concepção de saúde são construções histórico-sociais complexas em constante transformação (Schultz, Barros, 2011; Lionetti, Miguez, 2010;

Gomes, Adorno, 1990). Embora as transformações sejam processuais, e diferentes concepções coexistam em sociedades concretas, fez-se um esforço para identificar as mudanças representativas de alterações substantivas na concepção social de criança e de inflexões nas tecnologias e práticas de saúde que integram esse processo.

Construção social do “ser criança”

No Brasil, a criança não aparece como objeto específico de cuidados ou práticas sociais, nem mesmo como parte das preocupações demográficas, até meados do século XIX, quando a família começa a se organizar em torno da criança, tirando-a do seu antigo anonimato, apesar de ainda manter a concepção restrita ao significado do termo “infante”– aquele que está impossibilitado de falar, que não tem voz no sentido de direito, mas que se encontra em desenvolvimento (Lage, Rosa, 2011; Schultz, Barros, 2011; Santana, Araújo, 2009; Freitas, 2003; Ariès, 1981). Com uma identidade reconhecida e a preocupação em manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo a atingir a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância, é que têm início no Brasil as ações destinadas ao cuidado das crianças (Del Ciampo et al., 2006).

Nesse período, emergem as ações de puericultura, ainda constituída por “conselhos de médicos famosos com embasamentos comportamentais e morais” (Campos, Guerrero, 2010, p.352), e as atividades da pediatria, com base nos novos conhecimentos biológicos, podendo ser caracterizada nessa época como fruto “do encontro da puericultura com a clínica de crianças, associando o desenvolvimento e a especificação do corpo infantil, impregnando-se da doutrina de conservação da criança” (Zanolli, Merhy, 2001, p.979).

Caracterizam as práticas dessa época o acompanhamento do desenvolvimento infantil, aleitamento e educação materna, levantamento detalhado sobre as condições em que viviam as crianças desfavorecidas, inspeção nas escolas e vacinação das crianças matriculadas, além de promover concursos (com premiação em dinheiro) dirigidos às mães pobres que apresentassem o bebê mais saudável amamentado no peito (Santos, Resegue, Puccini, 2012; Freire, Leony, 2011; Mota, Schraiber, 2009).

Assim, pode-se afirmar que a saúde da criança começa a se confirmar, ideologicamente, como um novo campo de investigação técnica e de normatização da vida, que embora fosse um campo de práticas que desenvolvia orientações amparadas por conhecimentos de base biológica, tinha como núcleo tecnológico principal a educação e como objeto de intervenção ações de caráter essencialmente familiar e comunitário (Freire, 2009, 2014; Freire, Leony, 2011; Campos, Guerrero, 2010; Zanolli, Merhy, 2001; Pereira, 1999; Gomes, Adorno, 1990).

Nessa época, as ações do Estado voltam-se para a infância como meio de implantar hábitos sadios, entendendo a criança como uma “matriz de adulto” que garantiria o futuro produtivo do Estado. Investe-se na medicalização da família por meio da infância, instaurando novas regras sobre as relações pais e filhos. Nesse sentido, a criança se mantém essencialmente como objeto de estratégias de ajuste da população ao modelo social como forma de garantir a reprodução da força de trabalho (Freitas, 2003; Gomes, Adorno, 1990; Foucault, 1982; Ariès, 1981).

Observa-se que esse processo, no Brasil, ocorreu de maneira semelhante ao de países como Inglaterra, França, Alemanha e EUA, onde a preocupação com a saúde da criança cresceu conforme aumentava a necessidade de redução da mortalidade nesse grupo como medida para garantir “o aumento da população por meio de homens saudáveis” (Rosen, 1994, p.271).

Na Europa, e posteriormente nos EUA e em alguns países da América Latina, a preocupação com a mortalidade infantil tem expressão crescente desde o final do século XIX, tanto pela necessidade de suprir a reposição de mão de obra, como garantir futuros soldados, impulsionando mudanças nas ações voltadas à criança. A Inglaterra desenvolveu formatos assistenciais inovadores – como visitas domiciliares, reuniões de mães, centros de proteção infantil e escolas para mães (Freire, Leony, 2011; Fonseca, 1993). Na Polônia e Iugoslávia, o Estado ficou responsável pelo cuidado tanto da maternidade, como da infância. Na Alemanha, ações se expandiram a ponto de atingir cerca de 90% dos lactentes do país (Fonseca, 1993).

No Uruguai, foram desenvolvidas alternativas próprias em que a política social apoiou as práticas de saúde pública, fornecendo subsídios para a criação do Ministério de Proteção à Criança – conselho consultivo organizador dos programas de bem-estar infantil – e para a instituição do Código del Niño, “que estendia os direitos da criança a saúde, bem-estar, educação, proteção legal e condições decentes de vida, e criava instituições especializadas para executar e supervisionar programas de proteção materno-infantil” (Birn, 2006, p.697). Cabe destacar o envolvimento e contribuição do país, na década de 1920, para a elaboração de uma agenda mundial de saúde infantil e a fundação do primeiro Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, evidenciando-o como uma “rede exportadora de suas próprias inovações e abordagens para outros países da América Latina e para a comunidade internacional em larga escala” (Birn, 2006, p.680).

Na Argentina, o cuidado da infância ficou sob a órbita da Diretoria de Eugenia, criada em 1921. Com inspiração das propostas do Uruguai, implantou-se no Chile um Conselho Superior de Proteção à Infância e instituíram-se políticas de redução da mortalidade, especialmente voltadas para a desnutrição, com foco no pré-natal e no período de amamentação,

expandindo o acompanhamento da criança até os 15 anos (Cárcamo et al., 2014; Lionetti, Miguez, 2010; Birn, 2006; Fonseca, 1993).

No Brasil, a partir da expansão das cidades e do comércio, entre o final do século XIX e início do século XX, observa-se o crescimento populacional e, com ele, uma maior complexidade da sociedade. A busca em garantir este modelo social em implantação, baseado na relação capital-trabalho, passa a exigir do Estado a inserção de novas tecnologias como forma de intervenção sobre os problemas sociais, e de saúde (Freire, 2009, 2014; Freitas, 2003; Reis, 2000; Fonseca, 1993; Gomes, Adorno, 1990).

E é nesse novo contexto de controle social resultante da necessidade de se investir sobre a força de trabalho que, assim como na Europa, a partir de 1920 o Estado brasileiro inicia propostas de mudanças, de caráter normativo, com destaque para os Serviços de Higiene Infantil, a regulamentação da licença à gestante e à puérpera, além da proibição do trabalho fabril para menores de 12 anos (Santos, Resegue, Puccini, 2012; Freire, Leony, 2011; Rosen, 1994; Gomes, Adorno, 1990).

Assim, pode-se identificar no início do século XX uma nova inflexão na concepção do “ser criança”, quando se inicia o processo de constituição da criança como objeto de práticas com identidade própria, a partir da ampliação de ações institucionalizadas pelo Estado, de modo mais abrangente do que no século passado. Nesse processo, as práticas de saúde ganham maior importância na determinação social da infância, quando a puericultura, inicialmente voltada somente para orientações das mães, estende sua abordagem educacional a outros campos de práticas, como a escola e a comunidade.

Seguindo o modelo higienista norte-americano que considerava a ignorância como a principal causa da disseminação das doenças, inicia-se, a partir de 1924, em São Paulo, e em 1934, no Rio de Janeiro, a criação dos centros de saúde e a incorporação de ações educativas que tinham o objetivo de participação e responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde e pela disseminação de ações e conhecimentos de higiene na comunidade (Freire, 2009, 2014; Mota, Schraiber, 2009; Zanolli, Merhy, 2001; Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000; Mascarenhas, 1973).

Simultaneamente a esse contexto normativo de valorização da criança como futuro do país, observa-se a emergência de interesses sociais em conflito, representados pela manutenção e fortalecimento da função da mulher essencialmente como mãe e educadora do “futuro homem da nação”, e, por outro lado, pelo novo papel da mulher trabalhadora que participa do mercado de trabalho e consome produtos industrializados para o cuidado do bebê e da casa, podendo transferir ao Estado o cuidado dessas crianças (Freire, 2009, 2014; Freitas, 2003).

A necessidade de construção de “trabalhadores sadios e vigorosos”, junto à busca por controlar os elevados níveis de mortalidade infantil, compõe o cenário político-social que dá início no Brasil, a partir da década de 1930, a um processo de reformulação e expansão dos serviços relacionados ao cuidado com a criança, como parte das medidas do Estado. Até essa época, a maioria dos serviços responsáveis pela assistência à criança era composta por instituições privadas. A partir desse momento, observa-se uma aliança entre a medicina e o Estado em assumir o papel da família no cuidado das crianças, em busca de um objetivo comum – a criação de uma “nova raça” constituída por homens sadios e trabalhadores (Campos, 2007; Reis, 2000; Fonseca, 1993).

Nesse sentido é que o Estado desencadeia uma série de ações, como a criação de uma Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, em 1934, e a implantação nos centros de saúde para proteção médico-sanitária, tanto da gestante quanto da criança, estendendo assim “pela primeira vez a todo o País a atuação do governo federal nessa área”, e assinalando a preocupação da nação em garantir a saúde e a educação da criança desde seu nascimento (Fonseca, 1993, p.101).

Essa responsabilidade do Estado em garantir os cuidados na infância ganha amplitude em 1937, quando a questão é incorporada à Constituição Federal. Em 1940, o decreto-lei n.2.024 torna-se um marco histórico para a atenção à saúde da criança, pois cria o Departamento Nacional da Criança (DNCr) e define como sua responsabilidade a organização das Políticas de Saúde à Criança em nível nacional, para serviços tanto públicos, quanto privados (Brasil, 2011; Reis, 2000; Iyda, 1994; Fonseca, 1993).

Como parte das atribuições do DNCr, era prevista a realização de inquéritos para estudar e, posteriormente, divulgar para opinião pública orientações sobre o problema social relacionado à maternidade, infância e adolescência, além de estimular e orientar a organização dos estabelecimentos destinados a este público. Cabia, ainda, fiscalizar todas as ações em âmbito nacional, promover a cooperação da União com todos os estados e serviços privados, visando garantir a expansão e manutenção dos serviços destinados à proteção desse grupo (Brasil, 2011).

O referido decreto estabelece, ainda, a descentralização das ações para os Departamentos Estaduais da Criança e para os municípios, com a preocupação em garantir uma maior aproximação com as diferentes realidades e um olhar diferenciado para esse grupo populacional tão heterogêneo no país (Iyda, 1994).

Essas ações demonstram a preocupação do Estado brasileiro com a assistência materno-infantil e a reorganização dos serviços de saúde, com ampla incorporação das ações propostas

pela puericultura de caráter educativo e cuidado dos sadios. As práticas de saúde dessa fase mantinham o enfoque normativo de épocas anteriores, como as propostas higienistas para as famílias e as ações campanhistas, com a atenção individual como instrumento para atingir o coletivo (Lage, Rosa, 2011; Mendes-Gonçalves, 1994; Gomes, Adorno, 1990).

Acompanhando essa transformação da medicina, a psiquiatria nessa época reforça a forte influência da prática médica como ferramenta de intervenção preventiva na constituição de uma população (de trabalhadores) sadia, e que, devido à facilidade de “moldá-la”, encontra na criança em idade pré-escolar seu principal objeto de atuação, Consolidando-se dessa forma a “psicopediatria”, que no Brasil encontrou nas escolas sua principal área de atuação, seja ela de caráter preventivo ou assistencial, como no caso da proposta das “escolas-hospitais”, responsáveis por cuidar “do corpo e da alma” (Reis, 2000; Fonseca, 1993).

No sentido de “organização das cidades”, porém tendo como objeto de ação a criança ao invés da mãe, destaca-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que buscava identificar os “desviantes” nas escolas públicas, além de orientar a atuação da professora que, exercendo autoridade junto ao ambiente escolar e comunitário, deveria estudar as publicações sobre puericultura para repassar os conhecimentos aos alunos (Freire, 2009, 2014; Freitas, 2003; Pereira, 1999).

As tensões entre distintos projetos sociais envolvendo crianças e mães também podem ser observadas nas ações do campo da saúde em relação às orientações quanto à amamentação. Os postos de puericultura propostos pelo DNCr, em coerência com o ideário do Estado Novo de cuidar dos “futuros trabalhadores” e desenvolver uma “raça eugênica”, coordenados por médicos não especialistas, apresentavam como principal função organizar ações preventivas e dirigir o lactário, promovendo extração e redistribuição do leite materno (Reis, 2000; Pereira, 1999, Fonseca, 1993). Além disso, propunham reforçar o estímulo para a “amamentação ao peito – considerado [há vários anos] o mais perfeito alimento para o indivíduo na primeira infância” (Pereira, 1999, p.172). Simultaneamente a essas orientações, observa-se uma crescente divulgação publicitária das supostas vantagens do uso do leite em pó “substituindo com maior benefício, caso o leite materno ‘faltasse’, mensagem difundida ao longo de muitas décadas, proporcionando facilidade do preparo, conservação das propriedades do leite fresco e digestibilidade do produto” em relação ao leite materno (Bosi, Machado, 2005, p.6, destaque no original).

Destaca-se que a disseminação do leite em pó no Brasil já ocorria desde décadas anteriores, mas nos anos de 1930 ganhou impulso, quando passou a ser fabricado pela Indústria Nacional de Alimentos Infantis, passando “a ser reforçada a importância de generalizar a

utilização das fórmulas para todas as crianças, como alimento opcional” (Bosi, Machado, 2005, p.6).

No estado de São Paulo, em 1945, teve início a realização da Semana da Criança e a Campanha da Redenção da Criança, responsáveis por grande mobilização da população para colaborar com os serviços de assistência materno-infantil, nos centros de saúde e nos postos de puericultura (Iyda, 1994; Mendes-Gonçalves, 1991; Mascarenhas, 1973).

Em relação às inflexões das tecnologias voltadas às crianças, observa-se a educação sanitária como prática de atenção diretamente dirigida ao atendimento infantil. A prática da educação no atendimento clínico traz para o individual parte da responsabilidade sobre o coletivo, marcando uma nova inflexão tecnológica caracterizada por recomendações que, em sua essência, desconsideravam os saberes das mães, prescrevendo normas e regras de como melhor deveriam cuidar de seus filhos.

Nota-se que é a partir da década de 1950 que a saúde da criança no país passa a ser favorecida pela legislação e a se tornar objeto mais sistemático das ações do Estado. Nesse momento, há uma nova concepção do “ser criança”, que passa a ser caracterizada como objeto de programas de normatização, como a lei n.1.091 de 1951 da Secretaria da Fazenda, que estabelece o repasse de dinheiro para a instalação de postos de puericultura e aquisição de veículos destinados à assistência materno-infantil; a incorporação do DNCr ao Ministério da Saúde, em 1953; e a proposta do Programa Nacional de Merenda Escolar, em 1954, como medida de suplementação alimentar dirigida a escolares carentes (Brasil, 2011; Perez, Passone, 2010; Iyda, 1994).

Observa-se que à medida que os direitos da infância vão sendo legitimados por meio de diferentes políticas de proteção social, a concepção do “ser criança” avança em direção a um maior reconhecimento de cidadania. No esteio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprova, em 1959, a Declaração Universal dos Direitos da Criança. Além de direitos sociais, como identidade e acesso à educação, ela traz um item específico que localiza a saúde como direito previdenciário:

A criança gozará os benefícios da previdência social. Terá direito a crescer e criar-se com saúde; para isto, tanto à criança como à mãe, serão proporcionados cuidados e proteções especiais, inclusive adequados cuidados pré e pós-natais. A criança terá direito a alimentação, recreação e assistência médica adequadas (ONU, 20 nov. 1959, Princípio 4).

Esse documento e os valores por ele propostos, assim como sua incorporação no Brasil, pelo Ministério da Saúde, influenciaram ações em instituições como as escolas (Freire, Leony, 2011; Perez, Passone, 2010; Zanolli, Merhy, 2001).

Nos anos de 1960, ocorreu no Brasil, de um modo geral, uma acentuada desaceleração do desenvolvimento das práticas sanitárias, caracterizada por uma “estagnação” nas ações de saúde pública, mantendo-se apenas aquelas dirigidas a alguns grupos prioritários e à manutenção de campanhas sanitárias, tais como, ações do Programa de Imunização (1964) e a imunização em massa contra doenças transmissíveis (1968) (Zanolli, Merhy, 2001; Iyda, 1994; Mendes-Gonçalves, 1991; Schraiber, 1990; Mascarenhas, 1973).

Por outro lado, no estado de São Paulo, ocorreu uma grande expansão dos centros de saúde e postos de puericultura, que aumentaram de oito na capital e 248 no interior em 1955, para 129 na capital e 427 no interior, em 1965. Durante esse período, pode-se identificar, nos centros de saúde, a articulação entre as práticas coletivas e individuais, com medidas de cuidado direcionadas aos sujeitos sem perder o caráter coletivo, visto que as ações individuais eram priorizadas conforme seu significado epidemiológico e potencial impacto sobre a saúde da população alvo (Schraiber, 1990; Castanheira, 1996).

Em nível nacional, é apenas na década de 1970 que a assistência à saúde da criança volta a ter destaque, alimentada pelas preocupações de expansão do atendimento médico voltado para a mão de obra urbano-industrial. Ela se desenvolveu como parte das tentativas de implantar políticas sociais que favorecessem a economia do país (Santos, Resegue, Puccini, 2012; Gomes, Adorno, 1990).

O decreto n.66.623, de maio de 1970, criou a Coordenação de Proteção Materno-Infantil vinculada à Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde, com a função de “planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (Brasil, 2011, p.12).

Evidencia-se nos anos 1970 a valorização da criança como ser em desenvolvimento, reforçando a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável, com o estímulo à implantação de creches como estratégia de atenção integral para menores de cinco anos. Ao mesmo tempo, estimulou-se a incorporação de novas tecnologias de saúde ao atendimento de puericultura e às ações já reconhecidas de prevenção de doenças infectocontagiosas.

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil que tinha como objetivo central contribuir para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. Para isso, adotava como diretriz principal o aumento da cobertura do atendimento materno-infantil

e a suplementação alimentar (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000; Iyda, 1994; Gomes, Adorno, 1990; Mascarenhas, 1973).

No estado de São Paulo, até 1976, a distribuição de leite pelos centros de saúde se dava a partir de avaliação socioeconômica (mãe solteira sem amparo; família numerosa em má situação financeira; prematuro ou gêmeo) e só ingressava uma nova criança quando outra tinha alta. A introdução da suplementação alimentar para todas as crianças inscritas até um ano de idade modificou esses critérios, passando-se a distribuir latas de leite em pó para todos os menores de um ano, independente de quaisquer condições, “em 77, tinha 70% dos menores de um ano residentes no estado [São Paulo] inscritos no programa [de saúde da criança] dos quais a grande maioria recebia suplementação alimentar” (Schraiber, 1990, p.94).

Esse processo fez parte da expansão da cobertura à saúde da criança, com a aplicação de práticas de atenção individual sistematizadas em normas para atendimentos médicos e de enfermagem, que previam a realização de no mínimo quatro atendimentos rotineiros para os menores de um ano, com abordagem padronizada de orientações alimentares, como o preparo de mamadeiras (Zanolli, Merhy, 2001).

Em todo o país, ainda na década de 1970, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil passou a ser registrado no cartão da criança, como forma de exercer um maior controle sobre a saúde, recebendo uma ampla divulgação para sua utilização. O Programa de Imunização, já desenvolvido no estado de São Paulo, ganhou abrangência nacional. A vacinação começou a ser ministrada desde a primeira semana de vida, com complementação em anos posteriores utilizando-se de esquemas vacinais por idade – estratégia utilizada até os dias atuais (Brasil, 2011; Iyda, 1994).

Nesse cenário de expansão dos serviços e de ampliação das ações, se destaca o incentivo financeiro para a capacitação das equipes de saúde, estímulo ao alojamento conjunto de mãe e bebê nas maternidades, e controle das infecções respiratórias agudas, além da terapia de reidratação oral (Brasil, 2011; Iyda, 1994; Gomes, Adorno, 1990).

A partir de 1981, são observadas mudanças não somente na ampliação e diversidade das ações, mas, também, na criação de programas separados para a Assistência Integral à Saúde da Criança e à Saúde da Mulher, favorecendo o apoio e a ampliação de incentivos financeiros, desenvolvimento de recursos humanos, avaliação e acompanhamento de pesquisas, e trabalhos voltados à educação em saúde. Além disso, houve a formação do Comitê de Saúde Perinatal e a formulação da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Apesar de existirem, desde 1969, dispositivos legais que vinculavam os centros de saúde aos postos de puericultura,

foi a partir de 1986 que ocorreu a integração desses serviços na prática (Brasil, 2011; Castanheira, 1996; Mendes-Gonçalves, 1994).

Os anos 1980 caracterizaram-se pelas mobilizações de caráter político e ideológico, bem representadas no campo da saúde pelo movimento da Reforma Sanitária. Elas favoreceram mudanças que contribuíram para forjar a conotação mais contemporânea da 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, ainda sem ser reconhecido e respeitado como protagonista (Paim et al., 2011; Schultz, Barros, 2011; Victora et al., 2011).

Nesse período, as práticas de atenção à saúde da criança nos centros de saúde mantiveram como proposição o acompanhamento das crianças saudáveis e a priorização dos problemas epidemiologicamente importantes. No entanto, a introdução da assistência médica individual, ou seja, do atendimento aos doentes, trouxe para o interior dos serviços de saúde pública as tensões entre o cuidado individual e o coletivo (Mendes-Gonçalves, 1991; Schraiber, 1990).

A incorporação da atenção individual propicia a inversão da racionalidade da atenção realizada, secundarizando a perspectiva epidemiológica. A valorização das demandas individuais de cuidado tende a enfraquecer a conexão com as necessidades de saúde postas para a comunidade (Schraiber, 1990). Por outro lado, a possibilidade de reconhecimento das demandas individuais coloca em cena a necessidade de se olhar para cada sujeito em sua individualidade, valor que ganha expressão social nesse período e que passa a ser posto como questão para as práticas de saúde.

A Constituição Federal de 1988 representou um divisor de águas no país e registra o amadurecimento de um modelo que reconhece o social: implantou um Sistema Nacional de Saúde (SUS) que unificou os sistemas de financiamento e descentralizou sua gestão, além de instituir os princípios de universalidade, equidade e integralidade e de introduzir mudanças na produção e distribuição dos serviços. Dessa forma, o cidadão foi redefinido como sujeito de direitos. O conceito de saúde, por sua vez, passou a englobar aspectos multidimensionais da vida humana. Nessa perspectiva, a criança passou a ser entendida como sujeito de direitos, e com prioridade em relação a outros segmentos sociais, cabendo à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade por garantir esses direitos (Brasil, 2011; Paim et al., 2011; Figueiredo, Mello, 2007; Freitas, 2003).

De fato, a transição de um modelo programático de base epidemiológica para um de atenção mais integral, dedicado a responder à diversidade e à especificidade das necessidades individuais, tendeu a conferir protagonismo à atenção individual em detrimento da dimensão

coletiva. No cotidiano dos serviços, essas duas dimensões permaneceram desarticuladas, desobedecendo a proposta de algumas vertentes, como a ação programática e a vigilância da saúde (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000; Paim, 1992). Nos anos de 1980, o modelo assistencial que se tornou hegemônico nos serviços públicos centrou-se na atenção médica individual, nominado como “consulta” ou “modelo médico-assistencial privatista” (Teixeira, Solla, 2006).

A reformulação do sistema de saúde, com a criação do SUS, implementou a extensão da rede assistencial, além de impulsionar o desenvolvimento de novos campos de reflexões críticas, como nas áreas de saúde mental, abrindo espaço para a implantação de novas práticas (Paim et al., 2011; Mendes-Gonçalves, 1991).

Essas mudanças, ao introduzirem a proposição de ações baseadas no planejamento a partir da análise das condições sanitárias e epidemiológicas e da incorporação dos princípios éticos e organizacionais do SUS, que apresentam novos valores ao “ser criança”, passaram a alimentar o desenvolvimento de novas tecnologias de saúde coerentes com tal ideário, demarcando uma nova fase tanto em relação ao “ser criança”, quanto às práticas de saúde a elas dirigidas (Figueiredo, Mello, 2007; Teixeira, Solla, 2006).

Foi a partir desse novo contexto que, a partir de 1990, a concepção do “ser criança” ou de “infância” ganhou uma nova inflexão que lhe conferiu vez e voz diante das decisões políticas vigentes, caracterizando-a como objeto de práticas e sujeito social portador de direitos. A doutrina de proteção integral da criança e do adolescente promulgada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) expressa bem esse processo. A concepção de sujeito de direitos remete também a sujeito de deveres, marcando um importante diferencial no “ser criança”, que passa formalmente a ter direitos e responsabilidades como sujeito social (Schultz, Barros, 2011; Frota et al., 2010; Freitas, 2003).

Mudanças nesse sentido também foram observadas nas ações de saúde, para as quais as diretrizes presentes no SUS definiram novos arranjos tecnológicos de atenção à saúde e novas estratégias organizacionais. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a descentralização, por meio da municipalização dos serviços de APS, ampliaram o acesso em todas as regiões do país, especialmente nos bolsões antes desassistidos. A maior facilidade de acesso às intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças permitiu que o país ampliasse a cobertura desse segmento, reduzindo notavelmente as desigualdades regionais, o que foi expresso na melhoria dos indicadores de saúde (Victora et al., 2011; WHO, 2008).

Nesse novo cenário, a assistência à criança buscou contemplá-la em seu processo de desenvolvimento e crescimento. Também incluiu ações de promoção da saúde focadas em

segmentos de maior vulnerabilidade social, para além do cuidado das demandas e necessidades individuais.

Vale assinalar que muitas ações já implantadas em períodos anteriores, apesar de assumirem novos significados tecnológicos, se mantêm até os dias atuais, como, por exemplo, as campanhas de vacinação, que mantêm seu caráter de estratégia de base populacional, mas que, no entanto, à medida que incorporaram novas bases técnico-científicas, passando a responder a outras necessidades sociais de saúde, apresentam-se como ações distintas das anteriores.

A emergência de projetos intersetoriais aponta para uma nova compreensão sobre a criança, cujo cuidado integral precisa envolver outros setores, além de dar nova dimensão aos próprios serviços de saúde. Nessa direção, foram propostos projetos como o Carteiro Amigo, os Bombeiros da Vida, Biblioteca Viva, a Campanha Nacional de Registro de Nascimento e o Hospital Amigo da Criança (Brasil, 2011; Frota et al., 2010; Figueiredo, Mello, 2007).

Algumas medidas merecem destaque. A partir de 2000, incorporou-se às ações de saúde o conceito de humanização e integralidade da atenção à criança, inicialmente por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), seguido por documento que acrescenta às ações a preocupação com a prevenção de acidentes e violência na infância – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa tendência se fortaleceu com a publicação da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e com a ampliação da faixa etária controlada pela Caderneta de Saúde da Criança, que em 2005 passou a ser obrigatória para crianças até dez anos de idade (Brasil, 2011; Figueiredo, Mello, 2007).

Nessa mesma direção, em 2010, o Plano Nacional para a Primeira Infância (PNPI) reforçou a prioridade de redução da mortalidade infantil enfatizando o respeito aos direitos da criança em todos os seus aspectos: biológico, afetivo, psíquico e social. O PNPI prevê o envolvimento de diferentes atores para o alcance desses objetivos – como a saúde, a educação e a assistência social, além da comunidade (Brasil, 2011; Figueiredo, Mello, 2007).

Atualmente, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi definida a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, que busca fortalecer a articulação das ações voltadas à saúde da mulher e da criança até seis anos de idade, com base nos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2010; WHO, 2008). A promulgação, em 2015, da portaria n.1.130, que institui a PNAISC (Brasil, 5 ago. 2015), representa o reconhecimento da importância de ações de atenção à saúde da criança mais sistematizadas. A PNAISC prevê a integralidade da atenção tomando como base os serviços de APS e organiza suas ações em sete

eixos de cuidado: (1) atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; (2) aleitamento materno e alimentação complementar saudável; (3) promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; (4) atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; (5) atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; (6) atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e (7) vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (Brasil, 5 ago. 2015).

Conforme apontado por essas iniciativas, entre os desafios para os serviços de saúde, além da atuação intersetorial e interdisciplinar, está a incorporação de dimensões socioculturais às tecnologias de cuidado, que estão presentes nas necessidades de atenção individualizadas de cada um. Nessa direção, corroboram diversas proposições, com sentidos e racionalidades complementares. A proposta de desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, a partir do exercício de uma Clínica Ampliada e Compartilhada (Campos, Guerrero, 2010), em sua radicalidade de individuação do caso, contempla a interlocução entre necessidades individuais e coletivas. Ou seja, desenvolver ações baseadas no vínculo e na corresponsabilidade, com adequação das terapêuticas a cada caso, ao mesmo tempo exige um olhar sobre o contexto sociocultural, o que requer responsabilização das equipes de saúde e o desenvolvimento de ações integradas entre as diferentes práticas sociais que nele atuam. Essas proposições são coerentes com o processo social de redefinição do “ser criança” como sujeito de direitos, pois, ao tempo em que resgata a individualidade dos sujeitos, articula as ações aos determinantes sociais de saúde. Entretanto, esse processo tem encontrado muitos obstáculos a seu desenvolvimento.

São ainda isoladas as práticas de educação em saúde definidas de modo articulado com a comunidade, tais como estratégias desenvolvidas em grupos e visitas domiciliares que procuram recolocar o conceito de risco no coletivo e favorecer o empoderamento por meio da integração do saber popular ao técnico. Ao contrário, prevalecem ações organizadas no formato de palestras ou campanhas pontuais, cuja efetividade se coloca no nível da propaganda e mera difusão dos temas abordados, muitas vezes incluindo mensagens subliminares opostas ao apresentado (Oliveira, Veríssimo, 2015; Sanine, 2014).

Estudos apontam que as práticas de atenção à saúde da criança realizadas nos serviços de APS mantêm-se muito distantes das proposições apresentadas. Tal distância também se evidencia em relação aos temas abordados nas ações programadas para o atendimento infantil: há o predomínio de temas tradicionais, como aleitamento materno e desnutrição,

secundarizando-se temas emergentes como o trabalho infantil, criminalidade infantil, entre outros já legitimados nas políticas públicas (Sanine, 2014).

Em que pese as transformações ambicionadas pelas diferentes proposições políticas, tanto no campo teórico, quanto nas diretrizes e planos de atuação, pode-se dizer que as mudanças observadas no cotidiano dos serviços ainda são incipientes, incompletas ou isoladas, não caracterizando a maioria dos serviços de APS, apesar de algumas experiências exitosas (Frota et al., 2010; Victora et al., 2011).

Nota-se, ainda, nos tempos atuais, a reprodução de um modelo centrado na demanda imediata e no risco presumido para cada criança, segundo o diagnóstico clínico, ao invés de se basear na singularidade ou na conexão do caso com o coletivo social no qual se insere (Sanine, 2014; Zanolli, Merhy, 2001). Observa-se a tendência em reforçar o modelo que se quer superar, de base biologicista, centrado no trabalho médico e na doença, com prescrições normativas, no qual a criança permanece como objeto passivo de programas pulverizados.

Em outras palavras, as práticas exercidas atualmente nos serviços de APS não avançam na integralidade do cuidado, segundo a concepção do “ser criança” como sujeito de direitos, com reconhecimento e respeito ao universo infantil, que deve ser diferenciado do pequeno adulto, futuro trabalhador.

Considerações finais

O texto procurou caracterizar as interrelações entre as transformações na construção social do “ser criança” e as diferentes proposições políticas e tecnológicas de atenção à saúde da criança no Brasil. A análise permitiu identificar três diferentes concepções do significado da criança, demarcando um processo que vai da criança como “matriz de mão de obra”, passando pela criança como “objeto de programas que normatizam a infância”, mas também o corpo sadio e doente, até sua instituição como “objeto de práticas e sujeito social portador de direitos”.

Procurou-se evidenciar que as práticas de saúde, enquanto práticas sociais, são pautadas e participam da definição social do “ser criança”, e que as políticas públicas, associadas aos diferentes contextos sociais nos quais estão inseridas, podem ser indutoras de mudanças. As inflexões entre as distintas concepções de criança e as transformações e/ou os marcos de inflexões tecnológicas da saúde estão relacionadas, ainda que não guardem correspondência cronológica imediata.

As tecnologias dirigidas à criança na APS no Brasil são similares às observadas em outros países. Subsiste o interesse político e econômico na concepção do “bem-estar” social da população, na qual os serviços de saúde participam da criação das condições indispensáveis ao

desenvolvimento da vida política, social e econômica e sua organização. Assim como em outras partes do mundo ocidental, a finalidade não é só manter e reproduzir a força de trabalho como base material da produção, mas também os valores sociais que fundamentam a sociedade capitalista contemporânea.

O texto apresentado teve por finalidade contribuir com o debate sobre as práticas de saúde dirigidas à criança, de modo a fornecer elementos para um olhar crítico sobre quais necessidades de saúde vêm sendo atualmente reproduzidas. Coloca-nos diante do desafio de desenvolver tecnologias de cuidado que fortaleçam a criança como sujeito de direitos sociais e que se contraponham à inversão destes como direitos ao consumo de diagnósticos, medicamentos e exames, que adoecem a infância em vez de ampliar seus direitos a uma vida saudável.

As tensões apontadas entre os esforços em implementar políticas de saúde que redefinem a criança como sujeito social e a persistência de “velhas” práticas de saúde reforçam o questionamento se o modelo, ainda hegemônico ao reproduzir concepções socialmente ultrapassadas sobre a criança, não esteja incorporando e retraduzindo as novas concepções a partir de uma racionalidade tecnológica que acaba por manter a abordagem da criança limitada aos cuidados do futuro adulto e, nesse sentido, tratando-a como um adulto em miniatura, só que agora socialmente valorizado pela sua capacidade de consumo de tecnologias de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos amigos professor doutor Valdemar Pereira de Pinho e professora doutora Catia Fonseca pelo valioso incentivo e motivação para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe.

História social da criança e da família. Tradução Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. 1981.

BIRN, Anne-Emanuelle.

O nexó nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.13, n.3, p.675-708. 2006.

BOSI, Maria Lúcia M.; MACHADO, Márcia T.

Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP*, v.1, n.1, p.1-9. 2005.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Portaria n.1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 14 nov. 2017. 5 ago. 2015.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL.

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. *O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional*. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL.

Lei n.8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 14 nov. 2017. 13 jul. 1990.

CAMPOS, Carlos Eduardo A.

As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.14, n.3, p.877-906. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner S; GUERRERO, André Vinicius P. (Org.).

Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec. 2010.

CÁRCAMO, Rodrigo A. et al.

From foundling homes to day care: a historical review of childcare in Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, n.30, v.3, p.461-471. 2014.

CASTANHEIRA, Elen Rose L.

Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.

DALMASO, Ana Silvia W.; SCHRAIBER, Lilia B.

O trabalho em saúde e a organização da prática. São Paulo: Cefor. 1992.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al.

O Programa de Saúde da Família e a puericultura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11 n.3, p.739-743. 2006.

DEL PRIORI, Mary (org.).

História da criança no Brasil. São Paulo: Contexto. 1991.

DONNANGELO, Maria Cecília F.

Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira. 1975.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia A., MELLO, Débora F.

Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.15, n.6, p.1171-1176. 2007.

FONSECA, Cristina M.O.

A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas. *Physis*, v.3, n.2, p.97-116. 1993.

FOUCAULT, Michel.

Microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal. 1982.

FREIRE, Maria Martha L.

A puericultura em revista. *Physis*, v.24, n.3, p.973-993. 2014.

FREIRE, Maria Martha Luna.

Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV Editora. 2009.

FREIRE, Maria Martha Luna; LEONY, Vinicius 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*, v.18, supl.1, p.199-225. 2011.

FREITAS, Marcos Cezar (Org.).

História social da infância no Brasil. São Paulo: Cortez. 2003.

FROTA, Mirna 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.

GOMES, Fabíola Z.; ADORNO, Rubens C.F.

Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde: revisão histórica do conceito de criança. *Revista de Saúde Pública*, v.24, n.3, p.204-211. 1990.

IYDA, Massako.

Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Unesp. 1994.

LAGE, Michelle T.; ROSA, Marco André C.

Evolução da infância no Brasil: do anonimato ao consumismo. *Revista Eletrônica de Educação*, v.4, n.8. 2011. Disponível em: <http://www.unifil.br/portal/images/pdf/documentos/revistas/revista-eletronica/educacao/jan-jun-2011.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

LIONETTI, Lucía; MIGUEZ, Daniel.

Las infancias en la historia Argentina: intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones, 1890-1960. Rosario: Prohistoria. 2010.

MASCARENHAS, Rodolfo S.

História da saúde pública no estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, n.7, p.433-46. 1973.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno.

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.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno.

Práticas de saúde: processos de trabalhos e necessidades. São Paulo: Cefor. 1992.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno.

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

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno; SCHRAIBER, Lilia B; NEMES, Maria Inês B.

Seis teses sobre a ação programática em saúde. São Paulo: Hucitec. 1990.

MINAYO, Maria Cecília.

Anthropological approach to the evaluation of social policies. *Revista de Saúde Pública*, v.25, n.3, p.233-238. 1991.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia B. (Org.).

Infância e saúde: perspectivas históricas. São Paulo: Hucitec; Fapesp. 2009.

OLIVEIRA, Vanessa B.C.A.; VERÍSSIMO, Maria L.Ó.R.

Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de atenção primária. *Rev Esc Enferm USP*, v.49, n.1, p.30-36. 2015.

ONU.

Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos das Crianças*, de 20 de novembro de 1959. 20 nov. 1959. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm. Acesso em: 16 nov. 2017.

PAIM, Jairnilson S.

A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde e Sociedade*, v.1, n.2, p.29-47. 1992.

PAIM, Jairnilson S. et al.

The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v.377, n.9779, p.1778-1797. 2011.

PEREIRA, André Ricardo.

A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*, v.19, n.38, p.165-198. 1999.

PEREZ, José Roberto R.; PASSONE, Eric F.

Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, v.40, n.140, p.649-673. 2010.

REIS, José Roberto F.

“De pequenino é que se torce o pepino”: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v.7, n.1, p.135-157. 2000.

ROSEN, George.

Uma história da saúde pública. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco. 1994.

SANINE, Patricia R.

Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades de saúde no estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2014.

SANTANA, Judith S.S.; ARAÚJO, Maria Marta L.

Inespecificidade e invisibilidade da saúde da criança no Brasil colônia: fragmentos de um discurso português. *Rev. Enferm. UERJ*, n.17, v.3, p.326-331. 2009.

SANTOS, Renata C.K; RESEGUE, Rosa; PUCCINI, Rosana F.

Childcare and children's healthcare: historical factors and challenges. *Journal of Human Growth and Development*, v.22, n.2, p.160-165. 2012.

SCHRAIBER, Lilia B. (Org.).

Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec. 1990.

SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, Maria Inês B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Org.).

Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec. p.29-47. 2000.

SCHULTZ, Elisa S.; BARROS, Solange M.

A concepção de infância ao longo da história no Brasil contemporâneo. *Revista de Ciências Jurídicas*, v.3, n.2, p.137-147. 2011.

TEIXEIRA, Carmen F.; SOLLA, Jorge P.

Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba. 2006.

VICTORA, Cesar G. et al.

Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v.377, n.9780, p.1863-1876. 2011.

ZANOLLI, Maria de Lurdes; MERHY, Emerson E.

A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Cadernos de Saúde Pública*, n.17, v.4, p.977-987. 2001.

WHO.

World Health Organization. *The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever*. Geneva: WHO. 2008.

WOLFE, Ingrid et al.

Health services for children in Western Europe. *The Lancet*, v.381, p.1224-1234. 2013.

4.2 Artigo 2 – Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo



Fonte: Anna Anjos. Disponível em: <https://www.annanjos.com/>

Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo

From recommendation to the practice: eight years of challenges to children's health in primary care services in the interior of São Paulo

Del preconizado a la práctica: ocho años de desafíos para salud del niño en servicios de atención primaria en interior de São Paulo

Saúde da Criança na Atenção Primária do interior Paulista

Patricia Rodrigues Sanine⁵, Thais Fernanda Tortorelli Zarili⁶, Luceime Olivia Nunes⁷, Adriano Dias⁸, Elen Rose Lodeiro Castanheira⁹

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo identificar mudanças nos indicadores de organização da atenção à saúde da criança em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo. Pesquisa avaliativa desenvolvida a partir de três séries de avaliações transversais com a participação de 81 serviços, envolvendo 32 municípios do centro oeste paulista, que responderam ao instrumento QualiAB nos anos de 2007, 2010 e 2014. A análise utilizou 74 indicadores de saúde da criança e 07 de caracterização dos serviços. A comparação dos indicadores evidenciou mudanças na organização de ações de saúde da criança, com melhora da maioria dos indicadores em 2010 e manutenção, ou piora, em 2014, em relação à 2007. Conclui-se que os avanços preconizados pelas políticas de atenção à saúde da criança, não têm se efetivado plenamente na organização da oferta da atenção integral, ainda que temas relevantes como obesidade infantil e violência sejam abordados em um pequeno número de serviços.

⁵ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil. patsanine@yahoo.com.br

⁶ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil. thaiszarili@gmail.com

⁷ Mestranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil. olivia@fmb.unesp.br

⁸ Doutor em Saúde Coletiva, com concentração em Epidemiologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. adias@fmb.unesp.br

⁹ Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Assistente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil. elen@fmb.unesp.br

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde, Saúde da Criança, Atenção Primária à Saúde, Gerência

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade da criança, expressa nos coeficientes de mortalidade e nas taxas de agravos evitáveis, ainda elevados no Brasil, somados à responsabilidade do Estado em garantir o desenvolvimento saudável das novas gerações, faz com que a saúde da criança se mantenha em destaque nas políticas públicas¹⁻⁵.

Com a preocupação em ampliar investimentos para redução da morbimortalidade infantil, o Brasil, no ano de 2002, se uniu às Nações Unidas nos esforços em conquistar “um mundo mais justo para as crianças”, comprometendo-se com medidas para a promoção e proteção de seus direitos. Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), destacam-se: educar e cuidar das crianças, protegê-las da violência e da exploração, além de ouvir e assegurar sua participação como cidadãos⁶.

Na busca por alcançar estes objetivos, as políticas de saúde enfatizam, a partir de 2004, a necessidade de se intensificarem os incentivos ao aleitamento materno, além da melhor articulação entre os níveis de atenção, e a organização dos serviços em direção à promoção e monitoramento da saúde da criança. Tais propostas evidenciam-se em publicações como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, e o Manual Técnico de Atenção Qualificada e Humanizada ao Pré-natal e Puerpério^{1,7,8}.

Nessa mesma direção, outros documentos sofreram atualizações e reedições ao longo dos anos, como os documentos de orientações alimentares e o Cartão da Criança, que se transformou na Caderneta de Saúde da Criança em 2005, com reformulações em 2007 e 2009⁸⁻¹⁰.

Em 2010, o Plano Nacional da Primeira Infância (PNPI) reforça as iniciativas em busca da redução da mortalidade infantil, visando garantir até o ano de 2022 os direitos da criança até 6 anos, propondo ações amplas e articuladas de promoção e respeito aos seus direitos em todos os aspectos: biológico, afetivo, psíquico e social⁸.

As políticas públicas intensificaram a valorização da criança como sujeito de direitos, priorizando as ações de promoção, prevenção e melhoria da qualidade da assistência. Em conjunto com outros setores, criam-se mecanismos que avançam em direção à integração da saúde, como uma ampla rede de atenção da qual também faz parte a assistência à gestante e a

busca por maior detecção das vulnerabilidades e fatores de riscos associados à saúde da criança^{1,3,4,8}.

Apesar das mudanças observadas nas recomendações brasileiras e do significativo progresso alcançado, como a redução de 52,6% (1995-2014) da taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos no estado de São Paulo¹¹, muitas das metas dos ODM não foram alcançados até 2015, originando a nova agenda internacional de ações, representada pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que com base nos ODM, amplia as propostas de atuação e estipula novas metas até 2030⁶.

No esforço de unificar as muitas normatizações e portarias na área técnica da saúde da criança, até então fragmentadas e dispersas, em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC², que unificando todos os pactos, decretos e leis, salienta o objetivo de “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade”².

As políticas públicas voltadas para a saúde da criança, desde as últimas décadas do século passado, vêm avançando de um patamar onde se destacava a articulação dos serviços e a prevenção das doenças, para o desafio da promoção da saúde e ampliação do acesso a uma assistência qualificada no âmbito da atenção integral à saúde.

O estado de São Paulo, foi um dos pioneiros na implantação de serviços que incorporaram educação e cuidado dos sadios, já na década de 1920. A partir de diferentes políticas e perspectivas de atenção à saúde, mesmo que de modo descontínuo, mas estruturalmente cumulativo, observou-se no estado uma expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) nos anos 60, 70 e 80, sempre mantendo a criança como um dos principais grupos de atuação^{1,12,13}.

Este processo histórico da APS confere especificidades ao estado, como a baixa cobertura de serviços organizados segundo a Estratégia Saúde da Família ao lado de uma extensa e heterogênea rede constituída por serviços de diferentes modelos organizacionais, cuja diversidade influencia as ações dirigidas à saúde da criança, como a existência de serviços de atenção básica com urgência, postos volantes e serviços com e sem especialistas, como o pediatra, ou médico de família^{1,14,15}.

Diante deste contexto, pode-se esperar que a larga tradição do estado em serviços de APS somada à expansão do acesso e aos incentivos políticos reorganizados na PNAISC, tenham incidência direta na qualidade da organização dos serviços em relação à saúde da criança^{1,2,16}.

Em que pese a permanência de uma grande heterogeneidade no modelo organizacional dos serviços de APS, associado a inexistência de instrumentos avaliativos que contemplassem esta diversidade até o ano de 2007^{14,17}, cabe questionar em que medida as diretrizes políticas definidas para a saúde da criança vêm se traduzindo em modos concretos de organização das ações dirigidas a esse grupo.

Como forma de enfrentar essa questão, o presente trabalho propõe avaliar, por meio de um instrumento que contemple esta heterogeneidade organizacional, as mudanças ocorridas em indicadores de organização da atenção à saúde da criança em serviços de APS do estado de São Paulo em três diferentes momentos.

MÉTODOS

Pesquisa avaliativa desenvolvida a partir de três avaliações transversais em 81 serviços de APS localizados em 32 municípios do centro oeste paulista.

Para avaliar as mudanças da atenção à saúde da criança nos diferentes momentos, selecionou-se os serviços do estado de São Paulo que participaram, por adesão voluntária, de todas as aplicações do questionário eletrônico QualiAB (Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica)^{14,17}.

Optou-se pela utilização deste questionário por tratar-se de um instrumento, construído por processo iterativo que incluiu consenso de especialistas, teste-piloto e validação de construto e confiabilidade, dirigido ao conjunto dos serviços de APS independentemente de seu arranjo organizacional, e aplicado no estado de São Paulo em três diferentes anos (2007, 2010 e 2014)^{14,17}.

Do total de 86 serviços que responderam ao QualiAB em suas três aplicações, excluíram-se cinco serviços que afirmaram não atender criança em pelo menos um dos anos.

A versão original do QualiAB, utilizada no presente trabalho, é formada por 85 questões que definem indicadores compostos com a finalidade de avaliar o conjunto das ações realizadas na APS. Para analisar as mudanças na organização dos serviços em relação à saúde da criança, selecionou-se um conjunto de variáveis e construiu-se um banco de respostas dicotômicas composto por 81 indicadores agrupados segundo seu potencial de caracterizar os serviços (n=07) e de responder à organização das ações diretamente relacionados à criança (n=74).

Os 74 indicadores de atenção à saúde da criança foram distribuídos em quatro domínios de análise: “Recursos e Insumos básicos” (n=13), “Promoção à saúde” (n=18), “Prevenção de agravos à saúde” (n=30) e “Assistência à saúde” (n=13). Os 30 indicadores de “Prevenção de agravos à saúde” foram agrupados em dois subdomínios: “Vigilância em saúde” (n=17) e

“Atenção à gestação” (n=13). A relação de indicadores por domínio é discriminada nos resultados.

Os critérios e normas que alimentaram a construção dos domínios e a discussão dos resultados foram norteados pelas diretrizes da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde e pelas políticas e publicações oficiais dirigidas à saúde da criança em serviços de APS^{2-4,6,8,10,18,19}.

A análise estatística dos dados foi realizada no pacote IBM/SPSS[®] v.21.0. Utilizou-se: os testes do Quiquadrado e teste Z com correção de Bonferroni para as comparações dos indicadores contidos nos quatro domínios e das características dos serviços entre os anos de 2007, 2010 e 2014; o teste ANOVA seguido do teste de Tukey para calcular a média e a comparação dos domínios entre os anos; e o teste de correlação de Pearson para identificar a existência de uma relação linear entre os quatro domínios, ou o apontamento de quais domínios apresentaram maior prática em cada um dos anos avaliados. Para garantir que a diferença no número de indicadores não interferisse no teste de correlação entre os domínios, antes de estimar as médias dos domínios, realizou-se a normalização dos valores de cada um deles.

RESULTADOS

Os serviços de APS avaliados concentram-se em municípios com menos de 100 mil habitantes, sendo apenas um deles com aproximadamente 130 mil e outro com mais de 300 mil, o que espelha a realidade demográfica dessa região²⁰.

Dos 86 serviços, cinco não atendiam criança, sendo três em 2010 e dois em 2014.

Entre os 81 serviços que compuseram a casuística final, observou-se o predomínio de Unidades Básicas de Saúde [tradicionais] (UBS) (49%), localizadas em área urbano periférica (54,7%), sem mudanças estatisticamente significativas entre os anos estudados. Entretanto, ressalta-se uma transição das antigas UBS para o tipo Estratégia de Saúde da Família, caracterizada pelo aumento de Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (UBS/PACS) (Tabela 1).

Em relação aos indicadores, apresentaram mudanças significativas: seis indicadores pertencentes ao domínio “Recursos e Insumos Básicos”, sete indicadores do domínio “Promoção à saúde”, oito indicadores do domínio “Prevenção de agravos à saúde” e três indicadores do domínio “Assistência à saúde”. As mudanças destes indicadores, nos diferentes anos, são apresentadas separadas por domínio na Tabela 2.

A evolução das médias dos domínios evidenciou, no ano de 2014, pioras significativas no domínio “Recursos e Insumos básicos” em relação à 2007, e “Promoção à saúde” e “Assistência à saúde” em relação ao ano de 2010 (Tabela 3).

Comparadas as médias normalizadas referentes aos domínios dentro do mesmo ano, observou-se que em todos os anos os serviços apresentaram melhores médias no domínio “Recurso e Insumos básicos”, seguido do “Assistência à saúde”. O domínio “Promoção à saúde” foi o que apresentou médias mais baixas em todos os anos (Tabela 4).

Evidencia-se, em todos os anos, correlação do domínio “Promoção à saúde” com “Prevenção de agravos à saúde” e “Assistência à saúde”; e “Prevenção de agravos à saúde” com “Assistência à saúde”. Em 2014, o domínio “Recursos e Insumos Básicos” apresentou correlação com todos os outros. As demais correlações entre os domínios são apresentadas na Tabela 4.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados apontam mudanças na organização das práticas voltadas à saúde da criança nos serviços de APS dos municípios estudados, especialmente, em relação à oscilação na oferta de ações de atenção à saúde da criança, o que fica negativamente evidenciado pela exclusão de serviços que deixaram de atender criança entre os anos de 2007 e 2014.

Essa oscilação pode estar ligada a diferentes fatores, como a dificuldade de fixação de médicos em pequenos municípios²¹ e à centralização do atendimento à criança em uma única unidade²², embora as políticas preconizem o acompanhamento das crianças como parte das ações de todos os serviços de APS¹⁻².

A migração das UBS para serviços do tipo USF e UBS/PACS é confirmada por outros estudos que apontam taxas próximas às encontradas^{14,16,20}. Tais mudanças podem ser justificadas pelos incentivos de expansão e qualificação dos serviços do tipo USF, ou UBS equivalentes (com PACS), especialmente em regiões com piores resultados de saúde e maiores desigualdades socioeconômicas, como no caso da maioria dos municípios de pequeno porte^{14,17,23,24}. Vale destacar que apesar do movimento de mudança evidenciado, ainda é baixa a cobertura de serviços organizados segundo este modelo, tanto na região apresentada quanto no estado como um todo, que mantém uma das menores coberturas do país^{14,16,20}.

Estudo realizado durante os anos 2000 à 2009, concluiu “que ocorreu uma consistente melhora tanto na organização e operação da APS no estado de São Paulo quanto no perfil de saúde da população”¹⁶. Pesquisas ecológicas evidenciam melhorias nos níveis de saúde infantil,

incluindo a redução da mortalidade infantil, mas ao mesmo tempo, apontam uma piora dos serviços, destacando a existência de “problemas da estrutura física, da força de trabalho e dos processos organizacionais”²⁴.

Confirmando estes achados, os resultados entre os anos de 2007 e 2010 caminham em direção à uma melhora organizacional dos serviços referentes às ações voltadas para a saúde da criança que, no entanto, em 2014 sofrem estagnação ou retrocesso em várias práticas em relação aos padrões preconizados.

As médias normalizadas sugerem a existência de serviços que valorizam mais as ações curativas, de assistência individual, em detrimento das práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos.

O número de mortes e internações infantis é apontado como reflexo da vulnerabilidade da criança associada à falta destas ações de promoção e prevenção, o que ressalta a importância de se investir na qualificação profissional para que, por meio de ações como vacinação, estímulo ao aleitamento materno e alimentação saudável, os serviços de saúde sejam capazes de transformar as políticas públicas em práticas capazes de reduzir os fatores de risco, e potencializar os protetores, assegurando a atenção integral^{7,25}.

Em outras palavras, os serviços precisam estar organizados para realizar o acompanhamento rotineiro desde a gestação, e para identificar e abordar as vulnerabilidades específicas de cada fase do crescimento e desenvolvimento infantil, não só dentro da unidade de saúde, mas principalmente em ambientes comunitários, como o espaço escolar.

Domínio Recursos e Insumos Básicos:

Considerando que o processo de cuidado em saúde sofre interferência dos condicionantes de estrutura²⁶, este domínio de análise permite avaliar por meio de indicadores das condições estruturais básicas dos serviços de APS, o quanto estão preparados para ofertar ações voltadas à saúde da criança. Entre outros indicadores, aponta aspectos como: presença de uma infraestrutura adequada, disponibilidade de materiais e equipamentos, e número de profissionais fixos na equipe.

Estudo realizado no Paraná identificou falhas de acesso na atenção à saúde da criança relacionadas, por exemplo, aos horários de disponibilização das vacinas e ao número insuficiente de vagas para consulta, além da alta demanda espontânea e escassez de profissionais para compor a equipe²⁷.

Em 2014, quando comparado a 2007, houve piora em relação à presença de profissionais fixos na equipe (clínico geral ou médico de família, pediatra e outras especialidades). A carência

de médicos, segundo Campos e colaboradores²¹, foi o problema mais relatado pelas famílias brasileiras em uma pesquisa domiciliar realizada no ano de 2011, indicando um importante aspecto a ser superado nos serviços de APS não só na região estudada, como em todo o país.

Observou-se, também, diminuição dos serviços que dispensam medicamentos, além da redução na disponibilidade de medicamentos inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como essenciais na APS. A menor oferta de medicamentos, entretanto, foi acompanhada de uma maior frequência na “disponibilidade de aplicação de tratamento intramuscular” e de “disponibilidade dos antibióticos mais utilizados”, representando uma ampliação das condições necessárias para disponibilizar tratamentos por essa via, como no caso da sífilis congênita.

A ampla cobertura vacinal se apresenta como uma importante estratégia na prevenção de agravos à saúde^{3,7}. O indicador “disponibilidade de vacinas” não sofreu alterações significativas durante os anos. Entretanto, assim como identificado por outros autores, apesar da importância da sua oferta no serviço onde a criança é acompanhada - como garantia de sua realização imediata - chama atenção a existência de serviços que não ofertam esta ação^{16,28}.

Apesar da grande redução nos coeficientes de mortalidade infantil por infecção respiratória aguda (IRA), a mesma se mantém como uma das doenças de maior prevalência na infância, representando 15% das causas de mortes infantis no Brasil^{5,7,25}. O acesso à inalação representa um dos recursos necessários para uma adequada abordagem de episódios agudos de IRA. No entanto, identificou-se serviços que não disponibilizavam inalação, mesmo este sendo considerado um item essencial na APS e previsto para o manejo qualificado de doenças como esta².

Preocupa a piora deste domínio entre os anos de 2007 e 2014, especialmente, diante dos achados de Turci e colaboradores²⁹ que apontam a importância de investimentos financeiros com a comprovação da associação entre o bom desempenho dos serviços e a disponibilidade de insumos e equipamentos. Essa associação também pode ser verificada pela presença de correlação do domínio “Recursos e Insumos Básicos” com todos os demais domínios analisados no ano de 2014, e com o domínio “Prevenção à Saúde” no ano de 2010 e com “Assistência à Saúde” em 2007.

Tais resultados, coerentes com os pressupostos de Donabedian²⁶, assinalam que limitações da qualidade organizacional contidas no domínio “Recursos e Insumos Básicos” exercem influência negativa sobre indicadores de processo presentes em domínios como o da “Prevenção de agravos à saúde”, no qual a falta ocasional de antibióticos e a não realização de

tratamento intramuscular correlacionam-se com a não realização de tratamento da sífilis, que tem como primeira escolha de tratamento a aplicação intramuscular de Penicilina Benzatina²².

Domínio Promoção à saúde:

A inserção dos serviços de APS no mesmo contexto social de seus usuários, facilita a identificação de fatores de risco, além da construção de vínculo com a população, favorecendo o aumento da confiança da mãe em relação ao serviço e sua adesão nas atividades propostas^{18,27,28,30,31}.

Contemplado por um conjunto de indicadores de caráter educativo, este domínio permite averiguar o quanto os serviços encontram-se organizados para acolher e compartilhar experiências com familiares e instituições que atendem criança sobre temas que promovam à saúde, ou seja, o quanto os serviços ofertam ações que proporcionem e ampliem a qualidade de vida, dentro e fora da própria unidade de saúde.

Comparando as médias dos domínios por ano, evidencia-se uma piora no ano de 2014 em relação ao ano de 2010, destacando aumento das frequências de dois indicadores, e a manutenção, ou redução, dos demais indicadores que se referem às atividades desenvolvidas dentro da unidade de saúde ou junto à comunidade. Apesar deste domínio possuir as menores médias, é interessante notar que, em todos os anos, ele apresentou correlação com os demais domínios.

Em relação às mudanças nas frequências dos indicadores, chama atenção que desde 2010, os únicos que apresentaram aumento significativo no número de serviços que relataram abordar o tema tanto na unidade, quanto na comunidade, foram os dois indicadores relacionados às situações de violência.

Um estudo de revisão integrativa sobre o tema violência na APS entre os anos de 2009 e 2013, evidenciou o início das publicações a partir do ano de 2010³⁰. Estes resultados podem sugerir uma mudança induzida pelas iniciativas por parte do Ministério da Saúde que vêm intensificando os investimentos sobre o tema, como na publicação do material “Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências”¹⁹ e na reiteração da importância de tal abordagem em todos os documentos, como no eixo VI da PNAISC².

Chama atenção a redução, em 2014, de indicadores como os de atividades de educação em saúde sobre o tema “planejamento familiar”, tendo em vista ser um conteúdo tratado por muitos anos como prioritário nas políticas públicas, e cada vez mais necessários na atualidade, como no caso das novas constituições familiares^{2,3,9,10,15,18}.

Uma das ações mais tradicionalmente difundidas, integrada em todos os documentos direcionados à saúde da criança, o estímulo ao aleitamento materno, é apontado como um dos eixos prioritários na PNAISC^{2,25,32}. Estudos indicam melhora na prevalência do aleitamento materno exclusivo tanto no Brasil, como no interior do estado de São Paulo, especialmente após adesão dos serviços à política de incentivo - Rede Amamenta Brasil^{3,5,7}.

Entretanto, os indicadores sobre o tema em ações desenvolvidas nas unidades e fora delas, apontou redução, em 2014, em relação ao número de serviços que realizavam esta abordagem nos anos anteriores, sugerindo que os serviços avaliados não foram influenciados pela Rede Amamenta Brasil, ou pelas campanhas de incentivo ao aleitamento materno, promovidas pelo Ministério da Saúde.

Domínio Prevenção de agravos à saúde:

Autores destacam a importância de se aproveitar todas as oportunidades para “promover saúde, prevenir doenças e identificar precocemente sinais e sintomas das doenças mais prevalentes na infância”²⁵. Desta forma, a garantia da precocidade na identificação de condições de risco, e o compromisso e responsabilização com as crianças em seguimento, podem ser observados nas atividades programadas como rotina nos serviços³¹.

Apresentando indicadores que permitem mensurar o poder dos serviços em relação às ações de vigilância em saúde, como a realização de convocação de faltosos e captação ou busca ativa de grupos mais vulneráveis, este domínio é capaz de caracterizar o quanto os serviços estão organizados para diagnosticar precocemente as alterações da criança ou da gestante, além do reconhecimento das vulnerabilidades e das demandas não identificadas dentro do serviço, assim como, sua capacidade de planejamento e acompanhamento dos usuários.

Os resultados das médias deste domínio, quando comparado nos três anos, não apontou mudança. No entanto, quando comparado com outros domínios, observou-se que as ações de prevenção foram uma das que menos os serviços realizaram.

Analisando-se o conjunto de indicadores com mudanças entre os anos avaliados, é interessante notar o aumento das ações dirigidas diretamente para a criança, como no caso da realização de avaliação da acuidade visual em instituições, que apresentou aumento na frequência em 2014.

A imunização em instituições para crianças expressou crescimento no ano de 2010, mantendo-se sem alteração em 2014. Ainda em relação aos indicadores da vigilância da vacinação, coerentemente, notou-se que os resultados foram semelhantes ao número de serviços

que referiram disponibilizar esta ação, sugerindo que os serviços que não aplicam vacina, também não realizam busca ativa ou convocações de faltosos.

Todavia, apesar da existência de serviços que não disponibilizam vacinas na unidade e/ou não realizarem vacinação em instituições para criança, as taxas vacinais apresentam uma cobertura praticamente universal em todo o estado de São Paulo, assim como na região estudada²⁰, comprovando que as demais estratégias, como por exemplo, as campanhas anuais de imunização ou a abordagem do tema durante as consultas individuais, assim como sua centralização em unidades com mais recursos estão suprimindo esta necessidade.

Pode-se supor que este fato ocorra por esta ser uma das políticas mais antigas relacionada à saúde da criança^{1,8} e que seu longo período de divulgação favoreceu sua incorporação pelos serviços e seu reconhecimento legitimado pelas mães.

O primeiro atendimento ao recém-nascido (RN) deve ser garantido o mais precocemente possível - logo na primeira semana de vida da criança. Apesar de não apresentar significância estatística, preocupa a permanência de serviços que garantem este primeiro atendimento apenas por demanda espontânea - quando a mãe procura os serviços de saúde, aumentando o risco desta consulta ocorrer tardiamente e, conseqüentemente, adiar a identificação de possíveis condições de risco^{2,3}.

Já para a maioria dos indicadores que tem como objeto de intervenção a gestante, chama atenção o aumento gradativo dos serviços que se organizam para identificar precocemente o início da gravidez, como na realização de testes de urina na própria unidade. Entretanto, os demais indicadores confirmam estudos que apontam a baixa qualidade do acompanhamento pré-natal no estado de São Paulo^{16,22}, evidenciados pela redução de serviços que acompanham a gestação e o aumento do não cumprimento dos protocolos de solicitação de exames para gestantes, como nos de tipagem sanguínea e sorologias para agravos considerados importantes na prevenção de óbitos e morbidades infantis, como para a toxoplasmose e HIV.

Tais resultados condizem com o estudo de Prezotto e colaboradores³² que descrevem o aumento das internações de crianças menores de um ano como reflexo, na maioria das vezes, de pré-natal de má qualidade.

No caso específico da sífilis congênita, que se apresenta como um dos principais desfechos adversos da APS e que vem se manifestando como um dos mais importantes desafios a serem superados pelos serviços de saúde de todo país, incluindo no estado de São Paulo^{5,22,33}, evidencia-se o aumento de serviços que relataram a existência de casos entre gestantes acompanhadas nos últimos três anos pelo serviço, alcançando uma proporção de aproximadamente 60% dos serviços avaliados no ano de 2014 (Tabela 2).

Este aumento sugere, como justificativa, algumas limitações encontradas, como o baixo número de serviços que solicitam exames para detecção da sífilis na gestação e o aumento daqueles que não realizam tratamento da sífilis para gestante e parceiro na própria unidade de saúde, retratando um grande afastamento das recomendações preconizadas pelas políticas públicas, especialmente da PNAISC que especifica em seu Art.7º “a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis”, e em vários outros eixos prioriza a gestação e as doenças prevalentes, em especial aquelas responsáveis por óbitos^{2,3,8}.

Falhas no tratamento de gestantes com sífilis também foram detectados em maternidades públicas do Distrito Federal, no qual apenas 41,8% das gestantes estudadas haviam recebido tratamento adequado³³.

Domínio Assistência à saúde:

Composto por indicadores que refletem a organização de práticas como a assistência odontológica ofertada para o público infantil e a diversidade das orientações abordadas em consultas, este domínio apresenta-se capaz de avaliar o quanto os serviços encontram-se organizados para promover o acompanhamento da saúde da criança por meio de intervenções e orientações para a manutenção da saúde e/ou melhora dos agravos.

A comparação das médias obtidas neste domínio durante os anos de análise, retrataram mudanças significativas expressas pela diminuição da média entre os anos de 2010 e 2014. Tal resultado, seria esperado com o aumento na oferta de ações referentes à promoção e prevenção, sugerindo que tais ações reduziram parte das demandas relacionadas à assistência individual, no entanto, tal fato não pode ser comprovado, uma vez que este domínio permanece com as maiores médias normalizadas em todos os anos, indicando um maior comprometimento com as ações curativas direcionadas à saúde da criança, em relação aos outros domínios, reproduzindo a valorização do modelo curativo herdado de épocas passadas^{1,7}.

Para além desta priorização das ações curativas, por parte da população e do próprio serviço²¹, chama atenção neste resultado, a significativa redução do número de serviços que realizam tanto consulta somente por médico, quanto com a equipe.

A vulnerabilidade da região, expressa no Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI) que mostra uma alta concentração da população infantil (41,7%) no grupo considerado “médio baixo” em relação ao acesso aos serviços de saúde e educação³⁴, se agrava com a constatação da falta de ações que abordem a integralidade do cuidado e a articulação com outros setores, conforme previsto nas políticas^{2,3,9}.

Estas limitações são exemplificadas pelos serviços que não ofertam rotineiramente assistência odontologia (que apesar das variações dependendo da faixa etária encontram-se em torno de 53,9%) e a abordagem do aleitamento materno nas consultas (15,2%), conforme dados da Tabela 2.

O caráter resolutivo da abordagem às IRA, cuja internação e agravos podem ser evitados na APS, estabelece seu atendimento como um importante indicador de qualidade dos serviços^{25,32}. Tendo em vista a relevância das IRA para a saúde da criança^{5,7}, assim como as tradicionais recomendações sobre como os serviços devem atender esta demanda⁸, preocupa observar que metade dos serviços não realizam seu diagnóstico e acompanhamento em consultas de rotinas.

Já em relação às situações de violência, apesar de ainda baixo, a casuística expressou, a partir de 2010, aumento dos serviços que abordam regularmente o tema em suas atividades programadas. Semelhante, estudos revelam a preocupação e comprometimento dos profissionais de saúde diante do assunto³⁰, sugerindo um reflexo da priorização do tema por parte das políticas públicas - evidenciada pela intensificação das publicações governamentais, a partir de 2010^{2,3,8,19}.

Araújo e colaboradores⁷ chamam atenção que a saúde da criança se encontra em um processo de construção caracterizado pelo movimento de mudança em busca do rompimento com o antigo modelo - centrado no atendimento às doenças agudas e às demandas espontâneas.

O programa São Paulo pela Primeiríssima Infância (SPPI) exemplifica este movimento, e reconhece as limitações dos serviços. Busca por meio de reestruturações nos setores da saúde, educação e desenvolvimento social, superar as falhas encontradas desde a atenção à gestação até a assistência à criança. Cabe enfatizar que esta proposta de adesão prevê sua implantação para alguns dos municípios abordados no presente estudo³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A separação dos indicadores em grandes domínios de análise possibilitou a exploração das séries transversais como mecanismo de avaliação e monitoramento da organização dos serviços, que por meio de sua comparação entre os anos, evidenciou importantes mudanças nos indicadores de saúde da criança nestes serviços de APS.

Em que pesem algumas exceções, o fato dos municípios pertencentes à região de saúde estudada apresentarem semelhanças em relação aos indicadores de saúde, porte populacional e condições socioeconômicas, além de resultados condizentes com os abordados em outros estudos, permite apesar da sua pequena representatividade em relação ao universo de

municípios e, consequentemente, de serviços de APS, que seus resultados se revistam de importante relevância.

Similar a outros estudos, a casuística apresentada identificou melhora em grande parte dos indicadores no ano de 2010, e, manutenção ou piora em relação ao ano de 2014, demonstrando, que, mesmo diante de vários documentos que orientam a atenção à saúde da criança, o modo como sua oferta vem sendo praticada nos serviços de APS da região estudada, muitas vezes, ainda não correspondem ao modelo preconizado pelas políticas públicas, especialmente quando pensamos na atenção integral que deveria articular e integrar as ações de promoção, prevenção e assistência, sobressaindo a necessidade de mais esforços em relação à integralidade da saúde da criança.

Esta manutenção dos indicadores entre os anos de 2010 e 2014, pode ser compreendida como um intervalo para a organização dos serviços em direção ao preconizado nas políticas. No entanto, este fator não justifica as reduções nas práticas de algumas ações há tempo reconhecidas como essenciais na atenção à saúde da criança, remetendo à ideia de que para além da diferença natural de tempo entre a assimilação e a legitimação desses práticas, há a influência de outros fatores, como o próprio contexto político-organizacional, uma vez que no ano de 2012 ocorreram mudanças na administração de grande parte destes municípios, sugerindo interferências políticas na gestão municipal de saúde e, possivelmente, na organização dos serviços.

Deve-se reconhecer os limites de uma avaliação de adesão voluntária, sem incentivo financeiro ou governamental, e com uso de um instrumento estruturado de auto resposta, tais como o número de serviços participantes, a “auto seleção” daqueles mais comprometidos, a obtenção de respostas em direção ao “socialmente desejável”, ou a ocorrência de variações nas respostas em função do grau de exigência ou de conhecimento das políticas por parte dos respondentes.

Ainda assim, os resultados permitem identificar fragilidades organizacionais que podem ser superadas e que representam mudanças que qualificam a atenção realizada pelos serviços estudados. Reforçam a importância da manutenção periódica de avaliações dos serviços de APS, que mesmo quando realizadas com os limites apontados, atuam como mecanismo de identificação crítica da realidade local e contribuem com a qualidade dos serviços, orientando-os em como transformar políticas públicas em práticas diárias, além, de favorecer a realização de estudos que apontem a influência dos novos documentos, como no caso da PNAISC e do SPPI, em relação a construção de mudanças para a melhoria da qualidade na atenção à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

1. Sanine PR, Castanheira ERL Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2018; 25(1).
2. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2015.
3. Brasil. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília; 2012.
4. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. Brasília; 2010.
5. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377:1863–76.
6. PNUD – Programa das Nações Unidas par o Desenvolvimento. Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília; 2015.
7. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2014; 67:1000-7.
8. Brasil. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília; 2011.
9. Brasil. Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília; 2013.
10. Brasil. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed., Brasília; 2015.
11. OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatórios dinâmicos – monitoramento de indicadores, [2016]. Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/4-reduzir-a-mortalidade-infantil/BRA003035/sao-paulo>.
12. Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc* 2011; 20(4): 837-852.
13. Mascarenhas RS. História da saúde pública no estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública* 1973; 7:433-46.

14. Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Rev Saúde Debate* 2014; 38:679-91.
15. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. *Rev Saude Publica* 2017; 51:77.
16. Sala A, Mendes JDV. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saúde Soc São Paulo* 2011; 20:912-26.
17. Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para a Avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? IN: Akerman M, Furtado JP (orgs.). *Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
18. Brasil. Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola (versão preliminar). Brasília; 2014.
19. Brasil. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília; 2010.
20. São Paulo. Matriz de Indicadores de Saúde. São Paulo: SES, [2016]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/tabnet-tabulacao/matriz-em-formato-impresso>
21. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Rev Saúde Debate* 2014; 38:252-64.
22. Sanine PR, Castanheira ERL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser MA, Nemes MIB. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. *Bol. Inst. Saúde*, v.17, n.2, p.128-137, 2016.
23. Giovanella L et al. (Nota Técnica 5/2015), Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. *Região e Redes*; 2015.
24. Facchini LA et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizacionais da estratégia saúde da família. IN: SOUZA, M.F. (org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Saberes Editora, 2014.
25. Pina JC, Moraes AS, Furtado MCC, Mello DF. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2015; 23:512-19.

26. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly* 2005; 83:691-729.
27. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Rev Bras Enferm* 2014; 67:794-802.
28. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21:554-61.
29. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:1941-52.
30. Santos JS, Yakuwa MS. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped* 2015; 15:38-43.
31. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. 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* 2012; 28:789-800.
32. Prezotto KH, Chaves MMN, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. *Ver Esc Enferm USP* 2015; 49:44-53.
33. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1109-20.
34. SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Desenvolvimento da Primeira Infância. São Paulo, [2016]. Disponível em: <http://www.ippi.seade.gov.br/frontend/#/>

TABELAS

Tabela 1 – Frequências dos sete indicadores de caracterização dos 81 serviços de APS do interior paulista, segundo o ano de avaliação (2007, 2010, 2014)

INDICADORES	FREQUÊNCIAS N (%)			P-VALOR*
	2007	2010	2014	
Tipo de serviço – USF	22(27,2)	25(30,9)	26(32,1)	0,775
Tipo de serviço – UBS “tradicional”	46(56,8)	41(50,6)	32(39,5)	0,083
Tipo de serviço – UBS com ESF/PACS	9(11,1)	10(12,3)	17(21,0)	0,156
Tipo de serviço – Outro	4(4,9)	10(12,3)	6(7,4)	0,217
Localização- rural	7(8,6)	7(8,6)	7(8,6)	1,000
Localização – urbano central	31(38,3)	29(35,8)	29(35,8)	0,932
Localização – urbano periférica	43(53,1)	45(55,6)	45(55,6)	0,936

*Referente ao teste Quiquadrado e teste Z com correção de Bonferroni.

Fonte: QualiAB, 2007; 2010; 2014

Tabela 2 - Frequências dos 74 indicadores de organização da saúde da criança em 81 serviços de APS do interior paulista, segundo o ano de avaliação (2007, 2010, 2014)

INDICADORES	FREQUÊNCIAS n (%)			P-VALOR*
	2007	2010	2014	
Recursos e Insumos básicos (13 indicadores)				
Presença de clínico geral ou médico de família fixo na equipe	78(96,3) _a	62(76,5) _b	66(81,5) _b	0,001
Presença de pediatra fixo na equipe	58(71,6) _a	37(45,7) _b	30(37,0) _b	<0,001
Presença de médico especialista fixo na equipe	51(63,0) _a	39(48,1) _{a,b}	27(33,3) _b	0,001
Disponibilidade de ACS	33(40,7)	37(45,7)	47(58,0)	0,099
Existência de gerente	80(98,8)	80(98,8)	80(98,8)	0,608
Disponibilidade de equipe de saúde bucal	75(92,6)	76(93,8)	73(90,1)	0,671
Disponibilidade de vacinas	56(69,1)	65(80,2)	63(77,8)	0,434
Disponibilidade de inalação	69(85,2)	75(92,6)	71(87,7)	0,545
Disponibilidade de aplicação de tratamento intramuscular	43(53,1) _a	65(80,2) _b	70(86,4) _b	<0,001
Coleta na unidade de material para exames clínicos laboratoriais	55(67,9)	48(59,3)	49(60,5)	0,334
Dispensação de medicamentos	77(95,0) _a	72(88,9) _a	57(70,4) _b	<0,001
Disponibilidade dos antibióticos mais utilizados	71(87,7)	74(91,4)	76(93,8)	0,657
Disponibilidade de todos os medicamentos essenciais previstos na APS	61(75,3) _a	54(66,7) _{a,b}	44(54,3) _b	0,009

Promoção à saúde da criança (18 indicadores)

Ações educativas em planejamento familiar na unidade	50(61,7) _a	51(63,0) _a	27(33,3) _b	<0,001
Ações educativas em aleitamento materno na unidade	54(66,7) _{a,b}	60(74,1) _b	44(54,3) _a	0,027
Ações educativas em atividades físicas na unidade	25(31,3)	38(46,9)	29(35,8)	0,108
Ações educativas sobre alimentação (obesidade, desnutrição) na unidade	40(49,4)	43(53,1)	35(43,2)	0,437
Ações educativas sobre situações de violência na unidade	4(5,0) _a	15(18,5) _b	16(19,8) _b	0,013
Ações educativas em saúde e meio ambiente na unidade	22(27,5)	22(27,2)	15(18,5)	0,321
Ações educativas sobre posse responsável de cães e gatos na unidade	15(18,8)	14(17,3)	8(9,9)	0,244
Ações educativas em planejamento familiar na comunidade	44(54,3) _a	46(56,8) _a	25(30,9) _b	0,001
Ações educativas em aleitamento materno na comunidade	54(66,7) _a	56(69,1) _a	40(49,4) _b	0,016
Ações educativas sobre alimentação (obesidade, desnutrição) na comunidade	39(48,1)	38(46,9)	34(42,0)	0,671
Ações educativas em atividade física na comunidade	32(40,0)	40(49,4)	33(40,7)	0,409
Ações educativas em saúde e meio ambiente na comunidade	29(36,3)	23(28,4)	19(23,5)	0,199
Ações educativas sobre situações de violência na comunidade	3(3,8) _a	14(17,3) _b	15(18,5) _b	0,009
Ações educativas sobre posse responsável de cães e gatos na comunidade	24(30,0) _a	15(18,5) _a	6(7,4) _b	0,001
Ações educativas em saúde bucal na comunidade	61(75,0)	62(76,5)	57(70,4)	0,648
Ações educativas em saúde bucal na Unidade	46(56,8)	45(55,6)	54(66,7)	0,287
Ações educativas em saúde bucal em escolas	45(55,6)	49(60,5)	49(60,5)	0,762
Ações educativas em saúde bucal em creches	38(46,9)	34(42,0)	34(42,0)	0,765

Prevenção de agravos à saúde da criança (30 indicadores)**Vigilância em saúde (17 indicadores)**

Convocação de faltosos com resultado(s) de exame(s) alterado(s)	63(77,8)	67(82,7)	59(72,8)	0,319
Convocação de recém-nascidos de risco faltosos	47(58,0)	43(53,1)	47(58,0)	0,765
Convocação de crianças até dois anos ou em seguimento na puericultura faltosos	29(35,8)	31(38,3)	34(42,0)	0,719
Convocação de crianças de risco (desnutrição e outros) faltosos	44(54,3)	38(46,9)	37(45,7)	0,493
Convocação de vacinação faltosos	65(80,2)	72(88,9)	67(82,7)	0,304
Cadastramento das famílias da área de abrangência pelo ACS	33(40,7)	35(43,2)	46(56,8)	0,109
Visita domiciliar pelo ACS	31(38,3)	37(45,7)	47(58,0)	0,053
Captação de crianças menores de um ano pelo ACS	27(33,3)	33(40,7)	37(45,7)	0,331
Busca ativa para vacinação pelo ACS	27(33,3)	35(43,2)	41(50,6)	0,109
Agendamento programado do primeiro atendimento ao RN	32(39,5)	31(38,3)	38(46,9)	0,483
Agendamento do primeiro atendimento ao RN por demanda espontânea da mãe	60(74,1)	53(65,4)	49(60,5)	0,179
Primeiro atendimento ao RN realizado por visita domiciliar, sem agendamento prévio	14(17,3)	13(16,0)	14(17,3)	0,971
Ausência de casos de sífilis congênita	36(44,4)	45(55,6)	32(39,5)	0,111

Não sabe informar a existência de casos de sífilis congênita	15(18,5)	15(18,5)	7(8,6)	0,130
Vacinação em instituição para criança	55(67,9) _a	68(84,0) _b	68(84,0) _b	0,016
Avaliação de acuidade visual em instituições para criança	9(11,1) _a	15(18,5) _a	52(64,2) _b	<0,001
Coleta na unidade de material para o Teste do pezinho	46(56,8)	48(59,3)	50(61,7)	0,898
Atenção à gestação (13 indicadores)				
Realização de Teste de gravidez na urina na unidade	9(11,4) _a	44(54,3) _b	66(81,5) _c	<0,001
Captação de gestantes para inscrição no pré-natal pelo ACS	28(34,5)	35(43,2)	39(48,1)	0,261
Convocação de gestantes faltosas	58(71,6)	67(82,7)	60(74,1)	0,219
Solicita sorologia para sífilis 1 vez durante o pré-natal	14(17,5)	12(14,8)	15(18,5)	0,810
Solicita sorologia para sífilis 2 vezes durante o pré-natal	55(67,9)	55(67,9)	43(53,1)	0,067
Solicitação para as gestantes do exame de tipagem sanguínea	73(90,1) _a	68(84,0) _{a,b}	57(70,4) _b	0,002
Solicitação para as gestantes de sorologia para HIV	77(95,1) _a	69(85,2) _{a,b}	58(71,6) _b	<0,001
Solicitação para as gestantes de sorologia para Rubéola	33(40,7)	33(40,7)	32(39,5)	0,983
Solicitação para as gestantes de sorologia para toxoplasmose	70(86,4) _a	69(85,2) _{a,b}	57(70,4) _b	0,016
Solicitação para as gestantes de sorologia para hepatite B	62(76,5)	69(85,2)	58(71,6)	0,109
Oferta na unidade de tratamento da sífilis para a gestante e seu parceiro	33(40,7)	37(45,7)	32(39,5)	0,724
Encaminha gestante e parceiro para tratamento da sífilis em outro serviço ou trata apenas a gestante na unidade	39(48,1) _a	31(38,3) _{a,b}	26(32,1) _b	0,044
Ações educativas para gestante	51(63,0) _a	55(67,9) _a	33(40,7) _b	0,001
Assistência à saúde da Criança (13 indicadores)				
Assistência odontológica para bebês	20(25,0)	29(35,8)	30(37,0)	0,201
Assistência odontológica para crianças com até 6 anos	31(38,8)	44(54,3)	36(44,4)	0,133
Assistência odontológica para crianças em idade escolar	41(50,6)	56(69,1)	48(59,3)	0,068
Assistência odontológica para queixas agudas	58(71,6)	61(75,3)	50(61,7)	0,139
Assistência odontológica conforme demanda do paciente	67(82,7)	65(80,2)	63(77,8)	0,629
Atendimento sobre aleitamento materno	69(85,2)	64(79,0)	73(90,1)	0,143
Atendimento sobre alimentação (desnutrição e obesidade)	63(77,8)	59(72,9)	65(80,2)	0,522
Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância	36(44,4)	41(50,6)	47(58,0)	0,223
Identificação e acompanhamento de situações de violência	5(6,2) _a	19(23,5) _b	30(37,0) _b	<0,001
Orientações e encaminhamento para inscrição em Programas Sociais	60(74,1)	65(80,2)	70(86,4)	0,143
Atendimento individual só por consulta médica	81(100,0) _a	79(97,5) _a	17(21,0) _b	<0,001
Atendimento individual por enfermeiro e/ou dentista	57(70,4) _a	67(82,7) _a	33(40,7) _b	<0,001
Atendimento em grupo por médico, enfermeiro e/ou dentista	14(17,3)	13(16,0)	7(8,6)	0,230

*referente ao teste Quiquadrado e teste Z com correção de Bonferroni. Valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si. **Considerado a variável resposta invertida.

Fonte: QualiAB, 2007; 2010; 2014

Tabela 3 - Médias dos indicadores comparadas por ano de aplicação (2007-2010, 2007-2014, 2010-2014), segundo os quatro domínios de organização da saúde da criança em 81 serviços de APS do interior paulista

DOMÍNIOS	MÉDIAS			p-valor*
	2007	2010	2014	
Recursos e Insumos Básicos	10,23 _a	9,76 _{ab}	9,29 _b	0,003
Promoção à Saúde	7,67 _{ab}	8,19 _a	6,58 _b	0,044
Prevenção de agravos à saúde	16,01	15,88	15,70	-----
Assistência à Saúde	8,14 _{ab}	8,76 _a	7,64 _b	0,008

*ANOVA. Letras diferentes representam valores estatisticamente distintos (Teste *post-hoc* de Tukey).

Fonte: QualiAB, 2007; 2010; 2014

Tabela 4 – Médias dos quatro domínios de organização da saúde da criança em 81 serviços de APS do interior paulista e sua correlação, segundo o ano de avaliação (2007, 2010 e 2014)

Domínios (médias)		Correlação	p-valor*
2007	Recurso (5711,75) * Promoção (3093,025)	0,137	0,255
	Recurso (5711,75) * Prevenção (3747,20)	0,086	0,493
	Recurso (5711,75) * Assistência (4542,69)	0,451	<0,001
	Promoção (3093,025) * Prevenção (3747,20)	0,542	<0,001
	Promoção (3093,025) * Assistência (4542,69)	0,479	<0,001
	Prevenção (3747,20) * Assistência (4542,69)	0,328	0,005
2010	Recurso (5400,88) * Promoção (3303,60)	0,67	0,555
	Recurso (5400,88) * Prevenção (3718)	0,261	0,019
	Recurso (5400,88) * Assistência (4891,11)	0,099	0,381
	Promoção (3303,60) * Prevenção (3718)	0,500	<0,001
	Promoção (3303,60) * Assistência (4891,11)	0,400	<0,001
	Prevenção (3718) * Assistência (4891,11)	0,385	<0,001
2014	Recurso (5187,33) * Promoção (2651,83)	0,320	0,004
	Recurso (5187,33) * Prevenção (3674,66)	0,374	0,001
	Recurso (5187,33) * Assistência (4264,22)	0,237	0,033
	Promoção (2651,83) * Prevenção (3674,66)	0,392	<0,001
	Promoção (2651,83) * Assistência (4264,22)	0,455	<0,001
	Prevenção (3674,66) * Assistência (4264,22)	0,480	<0,001

* Teste de Correlação de Pearson

Fonte: QualiAB, 2007; 2010; 2014

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem aos Coordenadores da Atenção Básica pela divulgação e incentivo dos municípios à aderirem ao QualiAB e, em especial, aos profissionais de saúde dos serviços que responderam ao instrumento. Agradecem também aos integrantes do Grupo de Pesquisa QualiAB: avaliação de serviços e tecnologias de atenção básica em sistemas regionalizados de saúde que ao longo de dez anos trabalham em busca da qualificação dos serviços de atenção básica.

4.3 Artigo 3 – Influências da gestão na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária



Fonte: Anna Anjos. Disponível em: <https://www.annanjos.com/>

Influência da gestão na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária

OBJETIVO: avaliar a associação da qualidade organizacional das práticas de atenção à saúde da criança exercidas em serviços de APS com variáveis de contexto gerencial expressas pelas decisões dos gestores municipais e/ou gerentes dos serviços. **MÉTODOS:** pesquisa avaliativa realizada em 151 serviços de APS localizados em 40 municípios do interior paulista. Utilizou dados resultantes da aplicação do instrumento eletrônico QualiAB, no ano de 2014. Selecionou-se 76 indicadores de saúde à criança que, a partir da pontuação total dos serviços, constituíram grupos de qualidade distribuídos por quartis. A análise foi realizada por distribuição de frequências dos indicadores e testes do Quiquadrado e Z, sob nível de significância de 5%, para as comparações. **RESULTADOS:** Observaram-se falhas na qualidade organizacional evidenciadas pela ausência de serviços que realizavam 100% das ações previstas (7 a 71 pontos). A associação dos grupos com os indicadores de gestão identificou que para pertencer ao grupo de melhor qualidade é necessário: ser UBS/ACS (83,8%), realizar reuniões de equipe semanalmente (75,7%), ofertar regularmente acompanhamento pré-natal (100%), além de estudar as demandas espontâneas (37,8%). **CONCLUSÕES:** Constatou-se que a qualidade organizacional não depende apenas das práticas exercidas pelos profissionais de saúde, mas principalmente, das decisões dos gestores, especialmente em relação às decisões de incluir os ACS nos serviços, na descentralização do pré-natal e no incentivo às reuniões de equipe. A falta de estudos dos atendimentos e a utilização dos resultados das avaliações no planejamento das tomadas de decisões, de maior autonomia dos gerentes dos serviços, são exemplos de ações que reforçam a necessidade de exercer uma gestão participativa.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Serviços de saúde, Saúde da criança, Atenção primária à saúde, Gestão em saúde

Keywords: Health evaluation; Health services; Child health; Primary health care; Health management

Palabras clave: Evaluación en Salud; Servicios de salud; Salud del niño; Atención primaria de salud; Gestión em salud

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) preconiza a organização dos serviços de saúde por meio da disponibilidade e integração de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como seu principal nível articulador (Brasil, 2015; 2011a; Souza, 2014).

Admitindo que as práticas nos serviços de saúde, ao responderem às necessidades sociais de saúde da população, também, implantam novas necessidades e demandas, olhar para o modo como encontram-se organizadas nos serviços de APS pode dizer muito sobre sua capacidade de resposta e a elaboração de novas propostas intervencionistas (Ayres; Santos, 2017).

Neste sentido, diante dos indicadores de agravos da saúde da criança que poderiam ser evitados pelos serviços de APS do estado de São Paulo, como por exemplo, o progressivo aumento da sífilis congênita (cuja taxa de incidência em menores de um ano de idade passou de 1,9 para 3,9 por 1.000 nascidos vivos entre 2010 e 2013) e o número de óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos (8.218 casos em 2014), evidencia-se a necessidade de melhoria na qualidade das práticas exercidas neste nível de atenção (Sanine et al., 2018; 2016; São Paulo, [2017]; DATASUS [2017]; Pina et al., 2015; Samoto; Venancio, 2014).

Considerando que a saúde da criança é uma das áreas mais tradicionalmente abordadas pelas políticas públicas, marcada por normatizações legitimadas em todo país, e que, por outro lado, a simples existência de tais normas que orientem a organização destas ações não são suficientes para a garantia de sua execução na rotina dos serviços (Sanine et al., 2018; Sanine; Castanheira, 2018; Saraceni et al., 2017; Domingues et al., 2015; Brasil, 2015; 2011b; Araújo et al., 2014; Paim et al., 2011), questionam-se os fatores que poderiam interferir neste processo.

Por acreditar que a qualidade organizacional dos serviços sofre influência de mais de um fator e, destacando que a organização destas práticas depende, em grande parte, dos gestores (que podem variar seu modo de governar entre os estilos mais participativos e consensuais até

os mais autoritários possíveis), evidencia-se a necessidade em aceitar estas diferenças, reconhecendo a existência de disputas e avançando para além do conhecimento do “dever ser” e do “poder ser”, para questões contidas no “saber usar” este poder nas tomadas de decisões (Tanaka, 2017; Feuerwerker, 2014).

Em outras palavras, em que pese a diferença natural de tempo entre a divulgação das normas institucionais e sua legitimação em práticas nos serviços, acredita-se que os contextos gerenciais, envolvendo tanto a gestão municipal (exercida pelo secretário municipal de saúde), quanto o gerenciamento local dos serviços de APS (exercido pelo gerente da unidade e/ou da equipe), por meio de suas decisões, individuais ou coletivas, exercem poder sobre a organização dos serviços, defendendo assim como referenciado por alguns autores (Almeida, Melo, 2012; Paim et al., 2011), a perspectiva de que os desafios da saúde da criança nos serviços de APS podem ser, também, de ordem política.

Para Matus (1996), o planejamento estratégico é uma ferramenta capaz de compreender esta questão do distanciamento entre o normativo e a prática, apontando na “governabilidade” o grau de dificuldade para a realização do projeto, ou seja, quanto maior o poder do governante sobre as variáveis decisivas, maior sua autonomia de ação. Cabe destacar que apesar de suas formulações centralizarem-se na dimensão da macropolítica, a “questão de força e poder” (Matus, 1996, p.119) pode interferir, do mesmo modo, no contexto gerencial das micropolíticas (microssistemas ou micropráticas), como na organização do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Assim, objetiva-se avaliar a associação das variáveis de contexto gerencial expressas pelas decisões dos gestores municipais e/ou gerentes destes serviços com a qualidade organizacional das práticas de atenção à saúde da criança exercidas em serviços de APS do interior paulista.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Pesquisa avaliativa realizada em 151 serviços de APS situados em 40 municípios do interior paulista.

Utilizou-se dados resultantes da aplicação do questionário eletrônico QualiAB (Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica) nos municípios pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) da Diretoria Regional de Saúde de Bauru (RRAS-09), no ano de 2014 (Castanheira et al., 2016).

O QualiAB é um instrumento validado, de adesão voluntária, composto por 126 questões que englobam o conjunto de ações previstas para os serviços de APS, independentemente de seu arranjo organizacional (Castanheira et al., 2016; 2015; 2014).

Dos 303 serviços de APS que integram a região estudada (DATASUS [2017]), 163 responderam ao instrumento (53,8% do total). Foram excluídos da amostra 12 serviços que informaram em, ao menos uma das questões, não atenderem crianças.

Do QualiAB foram extraídas 12 alternativas de caracterização dos serviços e 106 indicadores binários, sendo 76 capazes de mensurar a qualidade organizacional referente à saúde da criança nos serviços e 30 voltados ao contexto gerencial, que medem práticas quando centralizadas pelo município ou descentralizadas nos serviços. A seleção destes indicadores levou em consideração as diretrizes da APS e as publicações oficiais dirigidas a este grupo populacional (Brasil, 2015; 2011a).

Atribuiu-se um ponto para cada um dos 76 indicadores selecionados criando um escore que variou entre 0 e 76 pontos. A partir desta pontuação, os serviços foram distribuídos em quartis, constituindo quatro grupos de qualidade.

Compreendendo o poder das avaliações em identificar fragilidades e promover mudanças (Castanheira et al., 2015; 2014), somados ao conceito de “governabilidade” dos diferentes envolvidos e as “disputas de poder” para a tomada de decisão frente a organização

deste processo de trabalho (Tanaka, 2017; Matus, 1996), realizou-se a associação dos grupos de qualidade com os indicadores de contexto gerencial.

A análise dos dados foi realizada por meio da distribuição de frequências dos indicadores e suas comparações, quando realizadas, por testes Quiquadrado e Z, utilizando o pacote estatístico IBM/SPSS® v.21.0, sob nível de significância de 5%.

RESULTADOS:

Os 151 serviços avaliados encontram-se localizados em área rural (8,6%) e urbano central e periférica (29,8%; 61,6% respectivamente) de municípios de pequeno e médio porte: 40% abaixo de 10 mil habitantes e 5% com mais de 100 mil (DATASUS [2017]). Declararam definição da área de abrangência (13,3%).

Quanto ao acesso, a maioria dos serviços funcionam durante todas as manhãs e tardes (91,4%). Porém, destacam-se serviços que funcionam algumas manhãs e tardes (6,0%) e algumas noites (11,3%), além de serviços que funcionam todas as noites (7,3%), ou 24 horas por dia (1,3%).

Em relação ao tipo dos serviços, destaca-se maior concentração daqueles organizados segundo o modelo Unidade de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde com Agentes Comunitários de Saúde (UBS/ACS - 62,3%), seguido das Unidades Básicas de Saúde [tradicionais] (UBS - 35,8%) e serviços atípicos compostos, por exemplo, pelos Postos Avançados de Saúde, que não possuem equipe fixa em período integral (Outros - 2%).

Quanto aos indicadores referentes à organização da saúde da criança (Tabela 1), destaca-se o número de serviços que disponibilizam hidratação por via venosa (46,4%) e aplicação de Penicilina Benzatina (37,1%), assim como aqueles cujos profissionais receberam formação continuada em atenção à saúde da criança no último ano (44,4%). Chama atenção que 80% das ações de educação em saúde foram abordadas por menos da metade dos serviços.

Ainda nesta tabela salientaram-se a não convocação de crianças faltosas (41,7% a 62,3%, dependendo do segmento) e a atenção compartilhada nas gestações de alto risco (35,8%). Apesar das ações assistenciais apresentarem as maiores frequências, ressalta-se a notificação compulsória em situações de violência (34,4%) e o diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (43,7%).

Segundo o escore destes indicadores apresentados na Tabela 1, é possível observar uma variação de 7 a 71 pontos. Esta pontuação dos serviços distribuiu-se nos grupos de qualidade entre: 7 e 42 pontos (G0), 43 e 47 pontos (G1), 48 e 55 pontos (G2) e 56 e 71 pontos (G3), conforme apresentado na Tabela 2.

Na associação destes grupos com os indicadores de gerência e gestão municipal (Tabela 2), sobressaiu-se para pertencer ao grupo de melhor qualidade (G3): ser UBS/ACS (83,8%), realizar reuniões de equipe semanalmente (75,7%), ofertar, regularmente, acompanhamento pré-natal (100%), além de estudar os casos de demanda espontânea (37,8%).

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das frequências dos 151 serviços de Atenção Primária à Saúde do interior paulista, segundo os 76 indicadores de qualidade organizacional da saúde da criança, QualiAB, 2014.

Indicadores da Saúde da Criança	Frequências n(%)
Dimensão - Recursos básicos (10 indicadores)	
Formação continuada dos profissionais em atenção à saúde da criança no último ano	67(44,4)
Disponibilidade de clínico geral ou médico de família fixo na unidade	130(86,1)
Disponibilidade de Médico pediatra fixo e/ou volante na unidade	90(59,6)
Disponibilidade de Enfermeiro fixo na unidade	145(96,0)
Disponibilidade de Agente Comunitário de Saúde fixo na unidade	95(62,9)
Disponibilidade de equipe de saúde bucal	129(85,4)
Disponibilidade de Inalação	135(89,4)
Coleta de material para exames laboratoriais	94(62,3)
Disponibilidade de hidratação por via venosa	70(46,4)
Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)	56(37,1)
Dimensão - Promoção (20 indicadores)	
Ações educativas sobre alimentação saudável em instituições para crianças	70(46,4)
Ações educativas sobre alimentação saudável em consulta	123(81,5)
Ações educativas sobre vacinação em instituições	114(75,5)
Ações educativas sobre saúde bucal em instituições	96(63,6)
Ações educativas sobre infecções parasitárias em instituições	90(59,6)
Orientações para avaliação de acuidade visual em instituições	48(31,8)
Ações educativas sobre prevenção de acidentes em instituições	19(12,6)
Ações educativas sobre prevenção de acidentes em consulta	65(43,0)
Ações educativas sobre saúde e meio ambiente em instituições	31(20,5)
Ações educativas sobre exclusão social e discriminação em instituições	19(12,6)
Ações educativas sobre situações de violência em instituições	22(14,6)
Ações educativas sobre Sexualidade e educação sexual em instituições	37(24,5)
Ações educativas sobre sexualidade e educação sexual em consulta	50(33,1)
Grupos periódicos para gestantes/parceiros/familiares, ou somente gestantes	68(45,0)
Ações educativas sobre planejamento reprodutivo na unidade	47(31,1)
Ações educativas sobre planejamento reprodutivo na comunidade	47(31,1)
Ações educativas sobre aleitamento materno na comunidade	74(49,0)
Ações educativas sobre gestação e parto na unidade	74(49,0)

Ações educativas sobre gestação na adolescência na unidade	52(34,4)
Visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade	20(13,2)
Dimensão - Prevenção (29 indicadores)	
Convocação de faltosos com Resultado de exame alterado	112(74,2)
Convocação de faltosos na vacinação	116(76,8)
Convocação de Crianças até dois anos ou em seguimento na puericultura faltosas	63(41,7)
Convocação de Crianças de risco faltosas	72(47,7)
Registro do seguimento no prontuário e na caderneta da criança	58(38,4)
Ações de vigilância de trabalho infantil	17(11,3)
Captação de crianças menores de um ano realizada por ACS	82(54,3)
Busca ativa para vacinação realizada por ACS	87(57,6)
Convocação de Recém-nascidos de risco faltosos	94(62,3)
Agendamento do primeiro atendimento do RN programado	94(62,3)
Primeiro atendimento do RN realizado durante visita domiciliar (sem agendamento)	31(20,5)
Realização do Teste de gravidez na urina	127(84,1)
As primeiras ações de pré-natal são realizadas imediatamente após o diagnóstico	71(47,0)
Captação de gestantes para inscrição no pré-natal realizada por ACS	87(57,6)
Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante (com Ficha Perinatal)	118(78,1)
Convocação de Gestantes faltosas	117(77,5)
Vacinação das gestantes (tétano e hepatite B)	134(88,7)
Solicitação de tipagem sanguínea, fator RH, ferro sérico e sorologias para Rubéola, Toxoplasmose e hepatite B para gestantes	70(46,4)
Solicitação de Teste rápido ou Sorologia para sífilis no 1º e 3º trimestre gestacional	82(54,3)
Solicitação de Teste rápido ou Sorologia para HIV no 1º e 3º trimestre gestacional	81(53,6)
Identificação das gestantes de alto risco durante o pré-natal	124(82,1)
Encaminhamento de gestantes de alto risco para serviço de referência mantendo acompanhamento na unidade	54(35,8)
Oferta de tratamento da sífilis na Unidade para gestante e parceiro	76(50,3)
Realiza pré-natal de gestantes HIV em serviço de referência mantendo acompanhamento na unidade	86(57,0)
Grupos educativos para gestantes adolescentes	63(41,7)
Aborda em consulta pré-natal os riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas	118(78,1)

Aborda em consulta pré-natal o uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto	100(66,2)
Aborda em consulta pré-natal a avaliação das condições de trabalho da gestante	62(41,1)
Aborda em consulta pré-natal orientação e estimulação sobre os benefícios do parto fisiológico	82(54,3)

Dimensão - Assistência (17 indicadores)

Avaliação em consulta do perímetro cefálico (menores de 1 ano)	107(70,9)
Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor	91(60,3)
Assistência odontológica para-crianças com até 6 anos	65(43,0)
Assistência odontológica para crianças em idade escolar	86(57,0)
Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental infantil	66(43,7)
Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA)	85(56,3)
Atenção à criança no Domicílio	48(31,8)
Atenção à criança em Instituições para crianças	84(55,6)
Aborda em consulta de puerpério imediato as condições de nascimento e orientações sobre cuidados básicos e atendimento de rotina do RN	108(71,5)
Orientações para inscrição em Programas Sociais	130(86,1)
Aborda em consulta de puerpério as condições psicoemocionais e/ou sócio familiares	77(51,0)
Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV)	59(39,1)
Identificação e acompanhamento de situações de violência	57(37,7)
Sensibilização e capacitação da equipe para identificação das situações de violência	35(23,2)
Denúncia ao Conselho Tutelar e/ou DISQUE 100 em casos de situações de violência	122(80,8)
Encaminhamento ao NASF e/ou CRAS e CREAS em casos de situações de violência	87(57,6)
Notificação Compulsória em casos de situações de violência	52(34,4)

Tabela 2 – Distribuição das frequências dos 151 serviços de Atenção Primária à Saúde do interior paulista nos 30 indicadores relacionados à gerência e gestão municipal, segundo o grupo de qualidade organizacional da saúde da criança, QualiAB, 2014.

Indicadores	Grupos de Qualidade				Total N=151(100%)	p-valor*
	7 a 42 pontos	43 a 47 pontos	48 a 55 pontos	56 a 71 pontos		
	0 N=38(25,2%)	1 N=38(25,2%)	2 N=38(25,2%)	3 N=37(24,5%)		
Tipos de serviços						
USF	16 _a (42,1)	19 _a (50,0)	28 _b (73,7)	31 _b (83,8)	94(62,3)	<0,001
UBS	19 _a (50,0)	19 _a (50,0)	10 _b (26,3)	6 _b (16,2)	54(35,8)	
Outros	3 _a (7,9)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	3(2,0)	
Tipo de Gestão Administrativa						
Secretaria Municipal	36 _a (94,7)	36 _a (94,7)	32 _{a, b} (84,2)	26 _b (70,3)	130(86,1)	0,002
Fundação ou Organização Social	1 _a (2,6)	1 _a (2,6)	4 _a (10,5)	11 _b (29,7)	17(11,3)	
Secretaria Estadual	1 _a (2,6)	1 _a (2,6)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2(1,3)	
Universidade Pública	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2 _a (5,3)	0 _a (0,0)	2(1,3)	
Periodicidade das reuniões de Equipe						
Semanal	7 _a (18,4)	8 _{a, b} (21,1)	15 _b (39,5)	28 _c (75,7)	58(38,4)	<0,001
Quinzenal	4 _{a, b} (10,5)	5 _{a, b} (13,2)	8 _b (21,1)	1 _a (2,7)	18(11,9)	
Mensal	13 _a (34,2)	14 _a (36,8)	9 _{a, b} (23,7)	3 _b (8,1)	39(25,8)	
Bimestral ou maior	4 _a (10,5)	2 _a (5,3)	2 _a (5,3)	3 _a (8,1)	11(7,3)	
Sem periodicidade	9 _a (23,7)	8 _a (21,1)	3 _{a, b} (7,9)	2 _b (5,4)	22(14,6)	
Não há reuniões de equipe	1 _a (2,6)	1 _a (2,6)	1 _a (2,6)	0 _a (0,0)	3(2,0)	
Acompanhamento pré-natal						
Oferta Regular	18 _a (47,4)	32 _b (84,2)	33 _b (86,8)	37 _c (100,0)	120(79,5)	<0,001
Estudos de demandas para planejamento						
Demanda dos Programas executados	18 _a (47,4)	29 _b (76,3)	31 _b (81,6)	31 _b (83,8)	109(72,2)	0,001
Demanda espontânea	1 _a (2,6)	3 _a (7,9)	5 _a (13,2)	14 _b (37,8)	23(15,2)	<0001

Não realiza Estudos da demanda	15 _a (39,5)	9 _{a, b} (23,7)	6 _{b, c} (15,8)	1 _c (2,7)	31(20,5)	0,001
Mudanças induzidas pelos processos avaliativos						
Organização da assistência	5 _a (13,2)	2 _{a, b} (5,3)	3 _{a, b} (7,9)	0 _b (0,0)	10(6,6)	
Gerenciamento do serviço	13 _a (34,2)	18 _{a, b} (47,4)	22 _{b, c} (57,9)	28 _c (75,7)	81(53,6)	
Gerenciamento e organização da assistência	6 _a (15,8)	6 _a (15,8)	5 _a (13,2)	3 _a (8,1)	20(13,2)	0,015
Não ocorreu mudanças	10 _a (26,3)	12 _a (31,6)	5 _{a, b} (13,2)	2 _b (5,4)	29(19,2)	
Não participou de avaliações anteriores	4 _a (10,5)	0 _b (0,0)	3 _{a, b} (7,9)	4 _a (10,8)	11(7,3)	
Participação em Programas Federais						
Mais médico	10 _a (26,3)	14 _a (36,8)	12 _a (31,6)	7 _a (18,9)	43(28,5)	0,357
Provab Médico	1 _a (2,6)	4 _{a, b} (10,5)	7 _b (18,4)	9 _b (24,3)	21(13,9)	0,038
Disponibilidade de Rede de Apoio						
CAPS i	4 _a (10,5)	8 _{a, b} (21,1)	13 _b (34,2)	22 _c (59,5)	47(31,1)	<0,001
CAPS Ad III infanto-juvenil	3 _a (7,9)	9 _{a, b} (23,7)	12 _b (31,6)	16 _b (43,2)	40(26,5)	0,005
Serviços Municipais/Regionais de Atenção à criança	5 _a (13,2)	7 _a (18,4)	7 _a (18,4)	17 _b (45,9)	36(23,8)	0,004
Apoio Matricial	24 _{a, b, c} (63,2)	25 _c (65,8)	16 _b (42,1)	29 _{a, c} (78,4)	94(62,3)	0,012
Serviço de Referência em Assistência Social	35(92,1)	33(86,8)	36(94,7)	37(100,0)	141(93,4)	0,141
Serviço de Referência para gestante de risco	37(97,4)	38(100,0)	37(97,4)	36(97,3)	148(98,0)	0,794

*referente ao teste Quiquadrado e teste Z. Valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si.

DISCUSSÃO:

Mesmo diante de semelhanças demográficas entre os municípios do universo avaliado, quando observados os indicadores quanto a sua capacidade em promover o desenvolvimento infantil (IPPI - Índice Paulista da Primeira Infância), nota-se heterogeneidade na distribuição do acesso aos serviços de saúde e educação voltados às crianças menores de seis anos, representados por 15 municípios pertencentes ao grupo com IPPI baixo/muito baixo, 16 no grupos médio baixo/médio alto e 9 no grupo alto/muito alto (São Paulo, [2017]).

Esta heterogeneidade pode ser observada nas variáveis de caracterização geral dos serviços, como em relação ao acesso, expresso por serviços que não funcionam todas as manhãs e tardes, ou que não possuem delimitação da área de abrangência.

Em uma primeira análise, esta heterogeneidade evidenciada em relação ao acesso pode parecer inaceitável. Porém, se compreendido o contexto no qual estes serviços encontram-se inseridos - integrados a uma antiga rede de serviços estruturados conforme diferentes modelos, localizados na periferia de municípios muito pequenos, com “ofertas de serviços e capacidades técnica e administrativa diferenciadas” (Marques; Mendes, 2002, p.166), torna-se não só esperado tal diferenciação, como importante sua permanência para a atenção à saúde da população local.

Ainda que compreensível tais diferenças, as políticas públicas voltadas para a APS preconizam que todos os serviços de APS devam ser capazes de ofertar uma atenção integral e resolutiva à saúde da criança, organizados por meio de práticas, individuais e coletivas, desenvolvidas dentro e fora da unidade de saúde e, principalmente, que respeitem o acúmulo dos programas já estruturados, porém, mantendo atendimento à demanda imediata (Brasil, 2015; 2011a).

Apesar desta preconização, os resultados evidenciaram a inexistência de serviços com pontuação máxima, demonstrando que mesmos os melhores serviços apresentaram limitações

em relação a esta oferta prevista nas normativas da área. Este fato, somado à presença de escores tão baixos, pode estar associado ao limitado número de profissionais que participaram de atividades de formação continuada em atenção à saúde da criança, além de sugerirem a realização de atendimentos pontuais, do tipo “queixa-conduta”, ao invés do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil como um todo (Castanheira et al., 2015; Araújo et al., 2014).

Situação semelhante pode ser observada em relação ao acompanhamento da gestante durante o pré-natal, que apesar de ser apontada como uma das principais estratégias para a redução da morbimortalidade materna e infantil (Saraceni et al., 2017; Brasil, 2011a; 2015; Domingues et al., 2015; Souza, 2014), cerca de 20% dos serviços avaliados informaram não a ofertar regularmente.

Este resultado que se mostra maior que a média do país (Souza, 2014) e do estado de São Paulo (Sanine et al., 2016), provavelmente se justifique em função de alguns municípios optarem por centralizar este cuidado em um único local, assim como fazem em relação à saúde da criança (Samoto, Venancio, 2014). Em contrapartida, sua oferta regular mostrou forte associação com a qualidade do serviço, evidenciado pela melhora do grupo conforme o aumento da frequência daqueles que disponibilizavam esta prática cotidianamente.

Esta situação reforça a necessidade de salientar que este modelo de atendimento, centralizado e com foco na doença, encontra-se, há tempos, ultrapassado pelas preposições políticas e estudos da área. E, anunciam como principal estratégia de enfrentamento a constituição de serviços organizados segundo um olhar para além do individual, que envolva a família e a comunidade, como o proposto na implantação da Estratégia Saúde da Família e na inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas UBS (Sanine; Castanheira, 2018; Souza, 2014).

Considerando esta característica, devido a aproximação do rol de práticas ofertadas pelos serviços que possuem o ACS fixo na equipe (Sanine et al., 2018), cabe reforçar que os serviços aqui denominados UBS/ACS compreendem os serviços do tipo Unidades de Saúde da Família “tradicional” (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem ACS, quer seja pela inserção de equipes de saúde da família (ESF) ou pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

Assim, os resultados mostraram-se coerentes com este contexto e com estudos sobre o tema, uma vez que os grupos de melhor qualidade (G2 e G3) concentravam maior número de serviços organizados segundo este modelo (UBS/ACS). Ao contrário, nos grupos de menor qualidade (G0 e G1), predominaram as UBS “tradicionais” (Venancio et al., 2016; Castanheira et al., 2014; Souza, 2014; Samoto, Venancio, 2014).

Apesar de não justificável, supondo que a centralização de práticas em alguns serviços do município, como a do acompanhamento do pré-natal, seja uma decisão decorrente de limitações estruturais, como a carência de médicos, os programas federais voltados a superar a escassez de profissionais, se apresentam como uma importante estratégia na busca pela melhoria da qualidade destes serviços (Cavalcanti et al., 2015; Souza, 2014).

Nota-se que muitos dos serviços avaliados incorporaram os programas Mais Médico e Valorização dos Profissionais de Atenção Básica – PROVAB/Médico, com destaque para o Mais Médico, apesar de sua presença não ter apontado diferença significativa entre os grupos. Por outro lado, apesar do pequeno número de serviços participantes no PROVAB/Médico, evidenciou-se que integram os melhores grupos aqueles serviços que receberam profissionais por meio deste Programa.

A PNAISC, assim como a proposta da Rede Cegonha, enfatizam “a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil” (Brasil, 2011c, p.9), valorizando a integração dos serviços de APS com as

maternidades e serviços de atenção especializados, uma vez que seus eixos estratégicos para a efetivação da atenção integral à saúde da criança se organizam por meio da “articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território.” (Brasil, 2015, artigo 14º).

Neste sentido, considerando a proposta da RRAS de entender as regiões de saúde como locus de construção da universalidade, equidade e integralidade, por meio do planejamento articulado de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, e diante da alta prevalência (neste estudo) de municípios de pequeno porte, torna-se essencial identificar o apoio que os serviços de APS encontram nesta rede, pois, muitas vezes, esta integralidade na atenção se dará em outras localidades da região (Pereira et al., 2015; Samoto, Venancio, 2014).

Assim, quando analisada a disponibilidade, municipal ou regional, da rede de apoio para a saúde da criança, talvez pela grande cobertura de serviços de referência para assistência social e gestação de alto risco, não se notou diferença entre os grupos. Em contrapartida, aqueles que afirmaram ter apoio dos serviços de atenção à criança e do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) mostraram-se estatisticamente melhores aos demais.

Estimando que a mesma rede é ofertada para todos os serviços do município e/ou da região, não se pode afirmar que os serviços que compõem o G3 possuem maior acesso à rede de apoio, mas como esta integração depende muito do gerenciamento dos serviços e de como esta “micropolítica” é operada, pode-se inferir que, ao referenciá-los, estes serviços compreendem o papel de apoiador e os reconhecem como equipamentos da rede (Cavalcanti et al., 2015; Pereira et al., 2015; Feuerwerker, 2014; Souza, 2014).

Ainda em relação ao apoio matricial, chama atenção no G0 que, apesar de representar o pior grupo de qualidade, apontou resultados semelhantes aos grupos de melhores qualidade, incluindo o G3. Este fato sugere que todos os grupos possuem acesso semelhante ao apoio

técnico continuado, realizado por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de equipes multiprofissionais, que por meio da ampliação da abrangência e do escopo das práticas realizadas na APS, buscam contribuir para a integralidade do cuidado em saúde.

Cabe frisar que para alcançar esta integralidade, proposta como princípio fundamental do SUS, é necessária uma integração para além do acesso a serviços de saúde e de outros setores, mas que envolva uma produção do cuidado organizada de maneira integral. Neste sentido, a realização de reuniões periódicas com todos os profissionais da APS do município é apontada como uma importante estratégia para superar limitações da equipe e promover uma maior integração no cuidado (Santos, 2017; Brasil, 2015; Souza, 2014).

O mesmo é recomendado para as reuniões de equipes locais, compreendidas como um momento de aproximação e superação dos profissionais. Apontado como um espaço de troca, de compartilhamento do cuidado e discussão aprofundada dos casos de maior complexidade, para garantir o fortalecimento do trabalho em equipe deveriam ocorrer, preferencialmente, com intervalos semanais (Castanheira et al., 2016; Souza, 2014; Feuerwerker, 2014).

Estudos apontam que gestores e profissionais de saúde reconhecem a importância e a necessidade da realização destas reuniões, mas que nem sempre elas acontecem nos serviços (Cavalcanti et al., 2015; Samoto; Venancio, 2014). De fato, os resultados comprovaram que os serviços pertencentes ao melhor grupo de qualidade (G3), realizam suas reuniões semanalmente, enquanto aqueles que se reúnem em intervalos maiores, se concentram nos piores grupos (G0 e G1).

No entanto, considerando que a administração dos diferentes serviços, no mesmo município, pode ser exercida por meio de gestão pública (diretamente pela Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde – SMS, Secretaria Estadual de Saúde – SES ou Universidade pública) ou por gestão privada (convênios com Fundação/Organização Social - OS) (Andrade; Castanheira, 2011; Puccini, 2008), cabe questionar qual a capacidade

(como núcleo de poder) que o gerente dos serviços possuem para mobilizar os meios e (re)organizar os serviços, como na decisão de realizar reuniões de equipe em sua unidade, ou então, sua autonomia para definir a periodicidade com que deverão ocorrer.

Mesmo que superficialmente, cabe reconhecer nesta dupla gestão dos serviços, possíveis tensões que podem interferir diretamente no trabalho desenvolvido na APS, como os diferentes interesses e motivações dos profissionais, ocasionado, por exemplo, por salários desiguais e instabilidade profissional (Nunes, 2017; Souza, 2014; Almeida; Melo, 2012). Por outro lado, há questões positivas neste processo de privatização dos serviços, como “o ágil processo de instalação das unidades e, também, a existência de um novo contingente de médicos em atuação, com poucos descumprimentos do quadro mínimo de profissional fixado” (Puccini, 2008, p.8).

Se considerarmos “que a contribuição da rotinização das ações para a perenidade e/ou maior continuidade de projetos e programas sofre influência direta do grau de capacidade técnica e do preparo político dos trabalhadores do sistema” (Souza, 2014, p.819) e que a maioria destes cargos são “vinculados por relação de confiança política” (Souza, 2014, p.337), em que pese as diferenças de perfil dos profissionais que exercem a gestão municipal e a gerência local destes serviços (Nunes, 2017), cabe destacar que muitos deles não possuem experiência prévia em gestão, ou formação em Saúde Pública e áreas correlatas (Nunes, 2017; Almeida, Tanaka, 2016; Almeida; Melo, 2012; Silveira et al., 2010).

Este contexto, associado às constantes trocas de gestores municipais e gerência dos serviços pode repercutir na descontinuidade do processo de trabalho, desorientando a organização de suas práticas (Nunes, 2017; Castanheira et al., 2015; Souza, 2014). Esta situação, pode ser apontada como uma das justificativas que excluíram os serviços administrados por gestão pública dos melhores grupos de qualidade.

Para além destas questões nas quais os serviços não possuem poder de decisão, como o subfinanciamento, a definição do modelo de serviço, a participação em Programas Federais, ou a própria fixação de recursos humanos (Castanheira et al., 2015; Souza, 2014), pesa assinalar a autonomia dos serviços na organização da produção do cuidado em saúde por parte dos gerentes e profissionais da equipe (Cavalcanti et al., 2015; Feuerwerker, 2014; Souza, 2014).

Lembrando que “Os grandes desafios só são reconhecidos muito depois que decisões inadequadas foram tomadas” e que “a principal causa da ausência de estratégias não é a passividade ante os desafios conhecidos, mas a incapacidade de reconhecê-los como tal” (Matus, 1996, p.173), para que estes serviços tenham condições de (re)organizar suas práticas de maneira adequada, torna-se imprescindível o conhecimento das necessidades sociais de saúde da população, além de criatividade e conhecimento técnico científico para adaptar as ações às suas realidades, por meio da elaboração de um apropriado planejamento (Castanheira et al., 2016; Cavalcanti et al., 2015; Souza, 2014).

Coerentes a esta proposta, os resultados apontam a utilização de estudo de demandas para o planejamento das ações como uma prática capaz de diferenciar a qualidade entre os grupos. Mas, assim como identificado por alguns autores, apontou carências que evidenciam a necessidade de ampliar a formação e capacidade dos profissionais de saúde (e gestores) para esta prática, além da produção de informações confiáveis e úteis para a tomada de decisão (Nunes, 2017; Cavalcanti et al., 2015; Souza, 2014; Almeida; Melo, 2012).

Cabe destacar que este modo centralizador de organizar o serviço pode estar associado, também, “na falta de implicação dos profissionais da saúde com o êxito das ações implementadas” (Almeida; Melo, 2012, p.823), diminuindo o grau de autonomia dos serviços e aumentando o distanciamento entre as práticas e os princípios previstos na integralidade do cuidado e as necessidades em saúde da população, podendo ser mais uma justificativa para os escores evidenciados nos indicadores de atenção à saúde da criança (tabela 1).

As avaliações de serviços, em especial, as autoavaliações, têm se mostrado eficazes para este propósito, já que promovem, entre a gerência e equipe, reflexões sobre o processo de trabalho, evidenciando limitações passíveis de melhoria (Castanheira et al., 2016; 2015; 2014; Almeida, Tanaka, 2016; Souza, 2014). Quando desenvolvidas de modo sistemático e periódico, envolvendo, também, os gestores municipais, apresentam-se como instrumento que podem subsidiar as propostas políticas (Cavalcante et al, 2015; Souza, 2014).

A existência de serviços que não participaram de nenhuma avaliação anterior (e que, mesmo ao participar, informaram que estas não provocaram mudanças em sua organização) pode ser compreendido como indicativo de uma gestão pouco resolutiva, provavelmente, justificada pela falta de apropriação do processo avaliativo pelos envolvidos que, por desconhecimento dos objetivos e potencialidades deste processo, acabam por utilizá-la de forma inapropriada, como por exemplo, como uma ferramenta de prestação de contas centrado no gestor, fazendo com que a avaliação se mantenha em um caráter pontual, autocrático ou punitivo (Almeida; Melo, 2012).

Em contrapartida, valorizando o poder das avaliações como indutoras de mudanças em direção à melhoria dos serviços (Tanaka, 2017; Venancio et al., 2016; Castanheira et al., 2015; 2014), aqueles que utilizaram as avaliações para repensar seu gerenciamento concentraram-se nos melhores grupos de qualidade, demonstrando integração e comprometimento dos envolvidos.

Desse modo, pode-se afirmar que este resultado reforça as teorias de que a mecanização do cotidiano sem a reflexão sobre seu contexto, pode levar a organização de um processo de produção de trabalho “morto”, ou seja, a realização de práticas ineficazes, sem significado para aquela realidade (Ayres; Santos, 2017; Feuerwerker, 2014; Almeida; Melo, 2012).

Considerando que o trabalho realizado nestes serviços tem como resultado a produção de saúde e que este sofre variação conforme a concepção de saúde e cuidado operados pelos

envolvidos nesta relação (profissional de saúde e usuário), deve-se compreender que é neste espaço de disputa entre os projetos de saúde que reside a autonomia do trabalhador (Ayres; Santos, 2017; Feuerwerker, 2014; Souza., 2014). Porém, cabe destacar que, no cotidiano dos serviços, muitas vezes, estas disputas de poder encontram-se ocultas pelas políticas municipais, não se apresentando de maneira tão clara.

Um exemplo, de contradição nestas disputas, pode ser o processo de descentralização previsto pela regionalização que, ao fornecer maior autonomia administrativa aos municípios (pretendendo que organizassem suas práticas e serviços de saúde conforme sua realidade), passou ao gestor municipal a responsabilidade por uma organização mais eficaz às suas necessidades. No entanto, trouxe junto conflitos como quando na busca por ofertar uma atenção qualificada em todos os serviços da rede, este acaba por “engessar” uma estrutura organizativa, padronizando os processos de trabalho, sem considerar, muitas vezes, as especificidades locais de cada serviço.

Assim, cada vez mais, os serviços que, teoricamente, devido a sua proximidade e conhecimento das necessidades sociais de saúde de sua comunidade, teriam melhores condições de organizar suas práticas, perdem sua autonomia, limitando seu processo de trabalho a práticas mecânicas e burocráticas, que reduzem a resolutividade proposta pela APS.

Desta forma, evidencia-se que é neste espaço de maior governabilidade (os serviços de APS) que os gestores municipais devem admitir que todos pertencem a este processo organizacional, mediando esta disputa por meio da descentralização da gerência e pactuação de um plano de governo construído de modo participativo, considerando os acúmulos já alcançados na busca pela melhoria da qualidade, evitando assim as constantes mudanças à cada troca de gestão (Tanaka, 2017; Castanheira et al., 2015; Souza, 2014; Matus, 1996).

A exploração de indicadores de contexto gerencial na avaliação da qualidade da atenção à saúde da criança nos serviços de APS do interior paulista, assim como apontado em outros

estudos, permitiu constatar que a qualidade em sua organização, não está vinculada apenas às práticas dos profissionais de saúde, mas, também, a qualificação da gestão municipal e gerência local, especialmente, em relação as decisões de incluir os ACS nos serviços, ofertar regularmente acompanhamento ao pré-natal, além de garantir a periodicidade das reuniões de equipe e estudos de demanda das consultas eventuais.

Desta forma, apesar das limitações de uma avaliação de auto resposta e adesão voluntária, as reflexões de ordem gerencial afluídas neste trabalho possibilitaram a identificação de fragilidades resultantes da falta de planejamento nas tomadas de decisões, refletindo tensões que ora tendem para a gestão municipal, ora para o gerenciamento local.

Ao completar o ciclo avaliativo, especialmente em momentos de instabilidades, como os atuais, destaca-se a necessidade em se fortalecer os serviços de APS praticando a ideia de que “uma andorinha só não faz verão”, sugerindo o reconhecimento pela busca de aliados e o estudo do destino e da força dos recursos como estratégias para traçar a direção de voo.

Assim como com as andorinhas, reforça-se o papel das avaliações nas mudanças organizacionais dos serviços, além de sua influência nas (re)formulações políticas, reconhecendo as tensões gerenciais deste processo organizacional. Recomenda-se que tais conflitos sejam encarados como estímulo para superar as limitações existentes, encontrando na gestão participativa, novas e resolutivas, formas de organizar os serviços e produzir saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011a.
3. Brasil. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília; 2011b.
4. Brasil. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, 2011c.
5. SOUZA, M.F. (org.). Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Saberes Editora, 2014.
6. Ayres José Ricardo CM; Santos Liliana (orgs.). Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. Hucitec/Rede Unida, 2017.
7. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2018; no prelo.
8. Sanine PR, Castanheira ERL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser MA, Nemes MIB. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. Bol. Inst. Saúde, v.17, n.2, p.128-137, 2016.
9. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [2017]. Acesso em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
10. São Paulo. Índice Paulista da Primeira Infância. [2017]. Disponível em: <http://www.ippih.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

11. Pina JC, Moraes AS, Furtado MCC, Mello DF. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2015; 23:512-19.
12. Samoto AK, Venancio SI. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção. Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP. *Bol. Inst. Saúde*, v.16, n.15S:p.23-31, 2014
13. Sanine PR, Castanheira ERL Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.1, jan.-mar. 2018.
14. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44.
15. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140–7.
16. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2014; 67:1000-7.
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778–97
18. Tanaka OY. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL (orgs.). *Avaliação em Saúde: construções para incorporação no cotidiano*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
19. Feuerwerker LCM. (Org.). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.
20. Almeida, DB; Melo, CMM. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2012. 36(3):816-830

21. Matus, C. Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi. Tradução Sauveur, G.B. São Paulo: FUNDAP, 1996.
22. Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para a Avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? IN: Akerman M, Furtado JP (orgs.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
23. Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Rev Saúde Debate 2014; 38:679-91.
24. Castanheira ERL et al. (orgs.). Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. [recurso eletrônico]. Botucatu: UNESP-FM, 2016.
25. Marques, RM; Mendes, A. A política de incentivo do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad. Saúde Pública 2002. 18(S):163-171.
26. Venancio SY, Rosa TEC, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Efetividade da Estratégia Saúde da família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2016. Recife, 16(3):283-293
27. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto AV, Souza MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? Saúde Debate 2015; 39(105):323-336.
28. Pereira AL, Pereira Filho FNB, Monti JFC, Silveira LT, Louvison MCP, Pereira MTC, Akerman M. (orgs.). Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Phyxis Editorial, 2015.
29. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1281-1289, 2017.

30. 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. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4. 2011, p.980-990.
31. Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad. Saúde Pública* 2008. 24(12):2755-2766.
32. Nunes. LO. Gerência e qualidade da atenção à saúde na rede básica do DRS VI. [Dissertação de mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da Unesp; 2017.
33. Almeida CAL, Tanaka OY. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. *Rev. Saúde Pública* 2016; 50:45.
34. Silveira DS et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.9, p.1714-1726, 2010.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem aos Coordenadores da Atenção Básica pela divulgação e incentivo dos municípios à aderirem ao QualiAB e, em especial, aos profissionais de saúde dos serviços que responderam ao instrumento. Agradecem, também, aos integrantes do Grupo de Pesquisa QualiAB: avaliação de serviços e tecnologias de atenção básica em sistemas regionalizados de saúde que ao longo destes onze anos trabalham em busca da qualificação dos serviços de atenção básica.

5. Considerações Finais:

Os métodos empregados permitiram reconhecer o conceito social de criança vigente na atualidade e avaliar a capacidade de resposta dos serviços de APS do interior paulista às necessidades sociais de saúde destas crianças, atingindo os três objetivos propostos: analisar as relações entre os diferentes significados sociais contemporâneos do ser criança e as ações de atenção à saúde da criança no Brasil, com foco na APS; avaliar as modificações na qualidade organizacional da atenção à saúde da criança em serviços de APS do interior do estado de São Paulo; e avaliar a associação das variáveis de gerência local e gestão municipal com a qualidade organizacional das práticas de atenção à saúde da criança em serviços de APS do interior paulista.

O presente estudo comprovou a tese de que as práticas de saúde, enquanto práticas sociais, integram a construção do “ser criança”. Identificou-se a existência de diferentes modos de reconhecer a criança na sociedade até se chegar ao conceito atualmente mais prevalente de “sujeito social portador de direitos”. A organização das práticas de saúde nos serviços de APS participa da construção social do “ser criança” e assim da reprodução das necessidades sociais de saúde.

A partir das perguntas que nortearam o estudo - os modelos operados nos serviços configuram propostas e práticas em respostas adequadas às necessidades sociais de saúde da criança atual? e quais as dimensões prioritárias para a melhoria da qualidade organizacional nestes serviços? - evidenciou-se na organização dos serviços a coexistência de “antigas” práticas que, ainda, valorizam a criança como “matriz de mão de obra” ou como “objeto de programas que normatizam a infância”, como por exemplo, nos atendimentos que favorecem o conceito de risco individual ou nas prescrições normativas que não reconhecem e integram os saberes populares ao técnico.

A busca na implementação de práticas de saúde que respeitem a criança como “portadora de direitos”, muitas vezes, convive com modos de atenção que multiplicam intervenções e que assim participam da construção social de um novo conceito do “ser criança” – o da criança consumidora.

Ao constatar que as práticas alimentam políticas e se utilizam delas para se redefinirem, preocupa observar que, segundo os resultados apresentados, os

modelos operados na APS não estão organizados para atender de forma integral as necessidades sociais de saúde da criança contemporânea, enquanto “portadora de direitos”.

As evidências da influência exercida pelos gestores municipais e gerentes dos serviços na qualidade organizacional das práticas voltadas para a atenção à saúde da criança na APS, podem ser apontadas como aspectos prioritários no processo de melhoria destes serviços, especialmente, no sentido de favorecer uma organização que se preocupe em fortalecer a criança “portadora de direitos”, respeitando o princípio da integralidade e da equidade da atenção, da corresponsabilidade, além do empoderamento e da promoção à saúde. Soma-se a este processo de busca pela qualidade, a institucionalização das avaliações, cuja prática pode auxiliar na decisão e planejamento das práticas nos serviços.

Entretanto, deve-se reconhecer os limites da radicalidade dessa leitura, postos pelo próprio desenho avaliativo, que se valeu de um corte transversal com uso de instrumentos estruturados e normativos. Ainda que as normas utilizadas na definição dos critérios e padrões de avaliação tenham procurado espelhar as proposições políticas da PNAISC, deve-se reconhecer que sempre há uma distância entre as proposições e sua tradução em práticas concretas, ao lado da vitalidade das próprias práticas em superar as políticas.

6. Referências Bibliográficas:

- 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, 2012.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Tradução Dora Flaksman, 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos, 1981.
- ARLESIA MATHIS, M.A., et al. Assessing Gaps in the Maternal and Child Health Safety Net. **Population Health Management**. v.16, n.4, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2015a.
- _____. Ministério da saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília, 2015b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1271**, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 14 nov. 2017. 06 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33), **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

- _____. **Lei n.º 8.069** de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 14 nov. 2017. 13 jul. 1990.
- BROWN, D.W. Child immunization cards: essential yet underutilized in National Immunization Programmes. **Open Vaccine Journal**. v.5, n.1, p.1-7, 2012.
- BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- CASTANHEIRA, E.R.L. et al. (orgs.). **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB**. [recurso eletrônico]. Botucatu: UNESP-FM, 2016.
- _____. Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? IN: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. (orgs.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- _____. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.679-691, 2014.
- _____. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude e Sociedade**, v.20, n.4, p.935-947, 2011.
- CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). **Avaliação em saúde conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CHOPRA, M. et al. Saving the lives of South Africa's mothers, babies, and children: can the health system deliver? **The Lancet**, v.374, n.9692, p.835-846, 2009.
- DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [2017]. Acesso em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- DALMASO, A.S.W.; SCHRAIBER, L.B. **O trabalho em saúde e a organização da prática**. São Paulo: Cefor. 1992.
- DONABEDIAN, A. Some issues in evaluating the quality of nursing care. **Measuring and evaluating nursing care**. v.59, n.10, 1969.

- _____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n.4, p.691–729, 2005.
- _____. La dimension internacional de La evaluación y garantía de La calidad. **Salud Pública de México**, v.32, n.2, p.113-117, 1990.
- FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, 2008.
- FELISBERTO, E. et al. Avaliação na Estratégia Saúde da Família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: SOUZA, M.F. et al. **Saúde da Família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora, 2014.
- FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.15, n.6, 2007.
- 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**, v.18, supl.1, p.199-225, 2011.
- 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.
- 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**, v.22, n.8, p.1649-1659, 2006.
- HARZHEIM, E. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1399-1408, 2016.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**, 2010. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.
- KUO, A.A. et al. Primary Care Pediatrics and Public Health: Meeting the Needs of Today's Children. **American Journal of Public Health**. v.102; n.12, p.e17-e23, 2012.
- 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.

- MENDES-GONÇALVES, R.B. **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.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, JR.; SANTOS, L. (orgs.). **Saúde, sociedade e história**. Hucitec|Rede Unidas, 2017.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. et al. **Seis teses sobre a ação programática em saúde**. São Paulo: Hucitec. 1990.
- MENDONÇA et al. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v.32, n.10, p.1368-1374, 2017.
- MONTEIRO, C.A. et al. 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.
- _____. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. n.20, S2, p.5310-5321, 2004.
- NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública** v.34 n.5 p. 547-59, 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, 2004.
- OLIVEIRA, B.R.G. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, n.13, v.2, p.268-277, 2010.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**. v.377, n.9779, p.1778–97, 2011.
- 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, 2007.
- QUARESMA, F.R.P.; STEIN, A.T. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2461-2468, 2015.

- RATHANUTH, 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, 2007.
- SANINE, P.R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades de saúde no estado de São Paulo**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.
- SANINE, P.R. et al. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. **Bol. Inst. Saúde**, v.17, n.2, p.128-137, 2016.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado de São Paulo. **Mapa de Saúde** [online], [2017]. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/mapa-da-saude/>>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciências & Saúde Coletiva**. n.4, v.2, p.221-242, 1999.
- SILVA, R.M.M. et al. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1217-1224, 2015.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde – Unesco, 2002.
- 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.** v.8, n.3, p. 325-332, 2008.
- TOMASI, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.3, p.e00195815, 2017.
- VARMA, G.R. et al. Antenatal care service utilization in tribal and rural areas in a South Indian district: an evaluation through mixed methods approach. **Journal of the Egyptian Public Health Association**. v.86, n1-2, p.11-15, 2011.
- VEGA CEP et al. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2017; 33(3):e00197315.
- VENANCIO, SY et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**; v.16, n.3, p.283-93, 2016.

- VIANA et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11 n.3, 2006.
- VICTORA, CG. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**. v. 377, n.9780, p.1863–76, 2011.
- WHO. **The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever**. Geneva, 2010. Disponível em <www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acesso em 07 out. 2017.
- ZARILI, TFT. **Avaliação de serviços de atenção básica**: atualização e validação do instrumento QualiAB. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, Botucatu, 2015.

Anexo 1: eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. BRASIL, 2015b, art.6º.

Art. 6º – A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados:

I – atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

II – aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;

III – promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da “Caderneta de Saúde da Criança”, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

IV – atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

V – atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território;

VI – atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e

adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e

VII – vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

Art. 7º – São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:

I – a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis;

II – a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais;

III – a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru”;

IV – a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa);

V – a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade;

VI – o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e

VII – as triagens neonatais universais.

Art. 8º – São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável:

I – a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);

II – a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);

III – a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);

IV – a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;

V – a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e

VI – a mobilização social em aleitamento materno.

Art. 9º – São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

I – a disponibilização da “Caderneta de Saúde da Criança”, com atualização periódica de seu conteúdo;

II – a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde;

III – o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

IV – o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância.

Art. 10 – São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:

I – a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);

II – a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e

III – o fomento da atenção e internação domiciliar.

Art. 11 – São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:

I – o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;

II – a implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”;

III – a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e

IV – o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

Art. 12 – São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade:

I – a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;

II – o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e

III – o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

Art. 13 – Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Anexo 2: Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, QualiAB, versão 2007

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

VERSÃO 2007

1) Atualmente, essa Unidade Básica de Saúde pode ser caracterizada como:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde tradicional
- 3) Unidade Básica de Saúde tradicional com equipe de saúde da família
- 4) Unidade Básica de Saúde com programa de agentes comunitários em saúde (PACS ou PAS)
- 5) Unidade de Básica de Saúde com especialidades
- 6) Unidade Mista (atenção básica e urgências)
- 7) Outro. Qual?

2) Localização da Unidade: -

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

3) A área de abrangência é geograficamente delimitada:

Assinale apenas uma alternativa

- (1) por meio de planejamento.
- (2) na prática, pela facilidade de acesso dos moradores dos bairros próximos.
- (3) Não é delimitada.

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) A sala de espera tem espaço físico adequado
- 2) O número de cadeiras é adequado à demanda
- 3) A ventilação é adequada
- 4) Possui bebedouro
- 5) Tem banheiros adequados
- 6) Possui quadro para informações
- 7) Possui televisão
- 8) Possui sistema de senhas na sala de espera
- 9) Possui microcomputadores
- 10) Possui acesso a Internet
- 11) Pintura em bom estado de conservação
- 12) Salas em número adequado para as atividades realizadas

5) A equipe de profissionais da Unidade é composta por (número de profissionais pertencentes à equipe local):

- 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 cirurgia 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) Além da equipe local, a Unidade conta com o apoio adicional dos seguintes profissionais:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Médico clínico geral
- 2) Médico pediatra
- 3) Médico ginecologista
- 4) Médico psiquiatra
- 5) Médicos de outras especialidades
- 6) Enfermeiro
- 7) Dentista
- 8) Psicólogo
- 9) Terapeuta Ocupacional
- 10) Assistente Social
- 11) Nutricionista
- 12) Fonoaudiólogo
- 13) Fisioterapeuta
- 14) Farmacêutico
- 15) Outros

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) Biópsias
- 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) Pequenas cirurgias
- 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) Tetavalente (DTP + Hib)
- 5) DTP
- 6) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 7) dT (dupla adulto)
- 8) Rotavírus Humano
- 9) Febre Amarela
- 10) Anti-rábica
- 11) Outras
- 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 (Pregnosticon)
- 5) PPD (Tuberculose)
- 6) Teste de Mitsuda (hanseníase)
- 7) Outros
- 8) 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 Trípice)
- 4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 5) Linfa para baciloscopia para hanseníase
- 6) Biopsias (colo, vulva, pele, outros)
- 7) Outros
- 8) Não são colhidos exames na Unidade

11) No caso de acidentes com material perfuro 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 10 anos ou mais)
- 9) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 10) Notificação do acidentado à vigilância epidemiológica
- 11) Não ocorrem acidentes dessa tipo na Unidade

12) Os programas (ou conjunto de ações planejadas para um mesmo grupo alvo) que a Unidade desenvolve são:

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) Quantas pessoas em média são, atendidas por dia nesta Unidade? (considerando todos os atendimentos para todas as faixas etárias):

Número de pessoas atendidas por dia: = _____

14) Os dados produzidos na Unidade são utilizados para alimentar os seguintes sistemas de informação:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
- 2) Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS)
- 3) Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL)
- 4) Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA)
- 5) Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA)
- 6) Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)
- 7) Sistema de informação em saúde específico do município
- 8) Outros
- 9) Essa Unidade não alimenta nenhum sistema de informação

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 uma ou mais alternativas

- (1) Utilizados para o planejamento das atividades
- (2) Estão disponíveis, mas não são utilizados
- (3) Não são de conhecimento da unidade

17) Os dados epidemiológicos da região:

Assinale uma ou mais alternativas

- (1) Utilizados para o planejamento das atividades
- (2) Estão disponíveis, mas não são utilizados
- (3) Não são de 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

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
- 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 **na 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
- 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
- 5) Realiza atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária
- 6) Outras
- 7) Não realiza nenhuma atividade

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 no mesmo dia, com supervisão de médico 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) Não atende pacientes não agendados (demanda espontânea)

23) Esta Unidade trabalha com agendamento para:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Todas as atividades oferecidas
- 2) Somente para algumas atividades
- 3) Para todas as consultas médicas
- 4) 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 uma ou mais alternativas

- 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

27) Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale uma ou mais alternativas

- 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 hanseníase
- 12) Outras
- 13) Não se faz convocação de faltosos

29) A finalidade da pré-consulta (ou preparo) é:

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) A finalidade da pós-consulta (atendimento de enfermagem após o atendimento médico) é:

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 freqüente no atendimento aos usuários)

PROFISSIONAIS	Tempo de Consulta (Tempo em minutos)			
	<15	15	30	> 30
1. Médico de família				
2. Clínico				
3. Pediatra				
4. Gin/Obstetra				
5. Outras especialidades				

32) Esta Unidade desenvolve ações planejadas de Saúde da Mulher?

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Sim
- 2) Sim, somente algumas atividades
- 3) Não
- 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
- 5) Não atende Saúde da Mulher

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 feita:

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) Por todos os médicos da Unidade, durante o exame físico
- 4) Quando há queixas da paciente
- 5) Não é realizado na Unidade
- 6) 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) Esse exame não é solicitado
- 8) 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) Hb, Ht
 - 3) Urina I
 - 4) VDRL
 - 5) FTA-Abs
 - 6) Tipagem sanguínea
 - 7) Sorologia para HIV
 - 8) Sorologia para rubéola
 - 9) Sorologia para toxoplasmose
 - 10) Sorologia para hepatite B
 - 11) Glicemia
 - 12) Curva glicêmica
 - 13) Ferro sérico
 - 14) Uréia
 - 15) Creatinina
 - 16) TGO, TGP
 - 17) Ultra-Som obstétrico
 - 18) Outros
 - 19) Não são solicitados exames nesta Unidade
 - 20) Não atendemos 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) Não solicita estas sorologias
- 6) Não atendemos 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 realizamos 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 realizamos atividades educativas regularmente
- 7) Não atendemos 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) Se a gestante quiser, por demanda espontânea
- 5) Não é realizada
- 6) 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) Não é pré-agendada
- 5) Não é realizada
- 6) Não atendemos pré-natal

46) Entre as gestantes que realizam pré-natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve caso de sífilis congênita?

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar
- 4) Não realizamos pré-natal

47) Esta Unidade desenvolve ações planejadas de Saúde da Criança?

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Sim, somente em algumas atividades
- 3) Não

48) O primeiro atendimento de um recém-nascido (RN) 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 é realizada 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 crianças

51) As atividades regularmente programadas para atenção às crianças abordam as seguintes condições:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Aleitamento
- 2) Desnutrição
- 3) Obesidade
- 4) Infecções respiratórias na infância (IRA)
- 5) Saúde do escolar
- 6) Violência doméstica
- 7) Orientações para inscrição em programas sociais (Viva Leite, Bolsa Família, etc)
- 8) Outros
- 9) Não existem ações especialmente programadas para as crianças

52) A Unidade participa regularmente, em instituições para crianças (creches e escolas), 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

54) Esta Unidade desenvolve ações planejadas de Saúde do Adulto?

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Sim, somente algumas atividades
- 3) Não

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) 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-transmissíveis (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) Aids
- 15) Aconselhamento de DST e aids
- 16) Outros
- 17) Não existem programas específicos, o atendimento ocorre de acordo com a procura
- 18) Não atendemos adultos

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Faz o atendimento de rotina sem cuidados específicos
- 2) Faz orientação detalhada de dieta
- 3) Faz treinamento dos pacientes diabéticos para auto aplicação de insulina
- 4) Solicitada, anualmente, exames clínico-laboratoriais (glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, urina I e creatinina)
- 5) Realiza ou encaminha para exames anual de fundo de olho
- 6) Realiza ou encaminha para eletrocardiograma anual
- 7) Faz orientação 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 freqüente a falta de medicamentos para o controle de hipertensão
- 7) É freqüente a falta de medicamentos para o controle de diabetes
- 8) É freqüente 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) Não existem atividades específicas para idosos
- 9) 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 tem capacidade 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
 - 6) Não atendemos adultos
- 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 mulheres
- 2) Se for mulher, investiga e trata, se for homem encaminha
- 3) Investiga e trata após confirmação do diagnóstico
- 4) Faz tratamento sintomático
- 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 caminsinha) igual para todos os pacientes
- 3) É feitas 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) Pílula do dia seguinte
- 8) Encaminhamento para laqueadura
- 9) Encaminhamento para vasectomia
- 10) Outros
- 11) Nenhum
- 12) Não atendemos adultos

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 equipes 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

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) Pílula do dia seguinte
- 8) Encaminhamento para laqueadura
- 9) Encaminhamento para vasectomia
- 10) Outros
- 11) Nenhum
- 12) Não atendemos adultos

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 equipes 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

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) Triagem de intercorrências
- 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) Outros
- 13) Esse serviço não dispõe desse profissional

71) Na consulta de enfermagem, o atendimento individual realizado:

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 oncológica
- 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) Outros
- 14) Esse serviço não dispõe desse profissional

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

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) Outros

Anexo 3: Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, QualiAB, versão 2010

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Versão 2010

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 β HCG
- 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 5 anos 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 hanseníase
- 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 freqüente 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 oncológica)
- 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-transmissíveis (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 (troca de sonda vesical de demora, curativos, etc)
- 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 freqüente a falta de medicamentos para o controle de hipertensão
- 7) É freqüente a falta de medicamentos para o controle de diabetes
- 8) É freqüente 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 sintomático
- 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) Pílula 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 oncológica

- 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

Anexo 4: Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, QualiAB, versão 2014



AValiação E Monitoramento DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA QUALI AB - Versão 2014

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta unidade se caracteriza por ser:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- ☐ 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional”*
- ☐ 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional”* **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- ☐ 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional”* **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- ☐ 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional”* ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada à** Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- ☐ 6) Posto Avançado de Saúde - unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- ☐ 7) Outra. Qual: _____

***Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidade Básica sem Saúde da Família**

2. A instituição que assume a gestão administrativa do Serviço é:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
 - ☐ 2) Fundação ou Organização Social
 - ☐ 3) Secretaria de Estado da Saúde
 - ☐ 4) Universidade pública
 - ☐ 5) Universidade privada
 - ☐ 7) Ministério da Saúde
 - ☐ 8) Consórcio intermunicipal
 - ☐ 9) _____ Outra.
- Qual: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Rural
- ☐ 2) Urbana - Central
- ☐ 3) Urbana - Periférica

4. A área de abrangência da Unidade é definida:***Assinale apenas uma alternativa***

- ☐ 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria de Saúde
- ☐ 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- ☐ 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- ☐ 4) Sem definição de área de abrangência

5. No território de atuação desta unidade existe a presença de grupos populacionais:***Assinale uma ou mais alternativas***

- ☐ 1) Indígenas
 - ☐ 2) Quilombolas
 - ☐ 3) Populações ribeirinhas
 - ☐ 4) Ciganos e nômades urbanos
 - ☐ 5) Acampados e assentados
 - ☐ 6) Trabalhadores sazonais e volantes
 - ☐ 7) Pessoas em situação de rua
 - ☐ 8) Profissionais do sexo
 - ☐ 9) Moradores de abrigos, albergues
 - ☐ 10) Encarcerados
 - ☐ 11) Imigrantes
 - ☐ 12) _____ Outros.
- Quais: _____
- ☐ 13) Não ocorre a presença desses grupos populacionais no território

6. Quais os períodos de funcionamento da unidade:***Assinale uma ou mais alternativas***

- ☐ 1) Todas as manhãs
- ☐ 2) Todas as tardes
- ☐ 3) Todas as noites
- ☐ 4) Algumas manhãs
- ☐ 5) Algumas tardes
- ☐ 6) Algumas noites
- ☐ 7) 24 horas

7. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:***Assinale uma ou mais alternativas***

- ☐ 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- ☐ 2) Acesso a pessoas com deficiência(s)
- ☐ 3) Sala de espera
- ☐ 4) Número de cadeiras na unidade é adequado à demanda
- ☐ 5) Ventilação e iluminação adequadas

- ☐ 6) Bebedouro
 - ☐ 7) Banheiro para os usuários
 - ☐ 8) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
 - ☐ 9) Banheiro dentro do consultório ginecológico
 - ☐ 10) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
 - ☐ 11) Consultório dentário
 - ☐ 12) Sala de vacina
 - ☐ 13) Sala de Curativo
 - ☐ 14) Sala de esterilização de material
 - ☐ 15) Sala para realização de atividades educativas e grupos
 - ☐ 16) Gerador de energia
-

8. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Mesa para exame ginecológico
 - ☐ 2) Equipamento odontológico
 - ☐ 3) Geladeira exclusiva para vacinas
 - ☐ 4) Carrinho de emergência
 - ☐ 5) Desfibrilador
 - ☐ 6) Cadeira de rodas
 - ☐ 7) Quadro para informações
 - ☐ 8) Televisão
 - ☐ 9) Microcomputadores
 - ☐ 10) Acesso à Internet
 - ☐ 11) Acesso a sistema informatizado para alimentação de banco de dados
 - ☐ 12) Prontuário eletrônico
 - ☐ 13) Sistema de senhas na sala de espera
 - ☐ 14) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
 - ☐ 15) Veículo para uso da unidade
-

9. A unidade possui equipe de saúde da família:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Sim. Quantas: _____
 - ☐ 2) Não
-

10. Número de profissionais fixos e volantes na unidade por categoria:

Preenchimento numérico de todas as questões (a partir de zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES na unidade

		(Atende alguns períodos)
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 de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		
18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros. Quais:		

11. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Mais médico
- ☐ 2) Proxab médico
- ☐ 3) Proxab enfermeiro
- ☐ 4) Proxab dentista
- ☐ 5) Outros. Quais: _____
- ☐ 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

12. A unidade tem acesso a uma rede de serviços municipais ou regionais composta por:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- ☐ 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- ☐ 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- ☐ 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)

- ☐ 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- ☐ 6) Serviços de atenção ao idoso
- ☐ 7) Serviços de atenção à criança
- ☐ 8) Serviços de atenção à mulher
- ☐ 9) Ambulatórios de especialidades
- ☐ 10) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- ☐ 11) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- ☐ 12) ONG (Organização Não Governamental)
- ☐ 13) Ações comunitárias ligadas a igrejas
- ☐ 14) Outros. Quais: _____
- ☐ 15) Não tem acesso a serviços de apoio

13. Nessa Unidade o apoio técnico continuado realizado por equipe externa ao serviço (matriciamento) é feito por:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
 - ☐ 2) Equipe multiprofissional
 - ☐ 3) Outro tipo de serviço
 - ☐ 4) Não é realizado por nenhuma instância
-

14. 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) Dado não disponível
-

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

Preenchimento

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- ☐ 3) Dados não disponíveis
-

II. INFORMAÇÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

16. A Unidade utiliza para registro das informações os seguintes sistemas de informação:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) SIAB
- ☐ 2) e-SUS/SISAB
- ☐ 3) Sistema de informação próprio do município
- ☐ 4) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- ☐ 5) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- ☐ 6) SIS PreNatal
- ☐ 7) SIS HIPERDIA
- ☐ 8) Outros sistemas de informação. Quais: _____
- ☐ 9) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Número de procedimentos
- ☐ 2) Consultas por faixa etária
- ☐ 3) Consultas médicas
- ☐ 4) Consultas de enfermagem
- ☐ 5) Consultas odontológicas
- ☐ 6) Consultas por equipe multiprofissional
- ☐ 7) Número de grupos realizados
- ☐ 8) Faltas em atendimentos agendados
- ☐ 9) Primeiro atendimento no ano (por paciente)
- ☐ 10) Número de pacientes atendidos
- ☐ 11) Número de vacinas realizadas
- ☐ 12) Número de coletas de papanicolaou
- ☐ 13) Número de atendimentos "extras" (casos de demanda espontânea)
- ☐ 14) Número de visitas domiciliares
- ☐ 15) Outros. Quais: _____
- ☐ 16) Não existe registro de dados

18. Os dados da produção assistencial (número de atendimentos e procedimentos) da Unidade são:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Utilizados pela Unidade e pela gestão municipal para orientar e planejar as ações
- ☐ 2) Disponibilizados para os sistemas de informação, mas utilizados somente pela gestão municipal
- ☐ 3) Utilizados somente pela Unidade para orientar e planejar as ações locais
- ☐ 4) Não são utilizados para o planejamento

19. Os dados epidemiológicos da região são:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Utilizados pela gestão municipal e pela unidade para o planejamento das ações locais de saúde
- ☐ 2) Utilizados para planejamento pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade para organização das ações
- ☐ 3) Não são utilizados para o planejamento

20. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Dados dos programas executados pela unidade (Pré-natal, atenção à criança, atenção à hipertensos e diabéticos, entre outros)
- ☐ 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- ☐ 3) Estudos na comunidade
- ☐ 4) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- ☐ 5) Não realizou nenhum tipo de levantamento

21. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou dos seguintes processos avaliativos:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- ☐ 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- ☐ 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- ☐ 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- ☐ 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- ☐ 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais: _____
- ☐ 7) Não participou de nenhuma avaliação

22. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Plano anual de trabalho da equipe, cumprindo exigências da secretaria
- ☐ 2) Planejamento e reprogramação das atividades realizadas com participação da equipe multiprofissional
- ☐ 3) Relatório dos problemas identificados para o nível central da secretaria municipal
- ☐ 4) A Unidade não teve acesso aos resultados da avaliação
- ☐ 5) Não foi realizada avaliação

23. Em que dimensões as avaliações realizadas resultaram em modificações na unidade:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Na organização da assistência
- ☐ 2) No gerenciamento do serviço
- ☐ 3) No gerenciamento e organização da assistência
- ☐ 4) Não houveram modificações
- ☐ 5) Não participou de nenhuma avaliação anterior

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**III. 1. Atividades de promoção, prevenção e educação em saúde**

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações 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 tuberculose e/ou hanseníase
- ☐ 4) Planejamento reprodutivo
- ☐ 5) Aleitamento materno
- ☐ 6) Saúde bucal
- ☐ 7) Promoção do envelhecimento saudável
- ☐ 8) Saúde do Homem
- ☐ 9) Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM
- ☐ 10) Prevenção de obesidade
- ☐ 11) Educação alimentar
- ☐ 12) Atividades físicas
- ☐ 13) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- ☐ 14) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- ☐ 15) Violências (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outras)
- ☐ 16) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- ☐ 17) Tabagismo
- ☐ 18) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- ☐ 19) Posse responsável de cães e gatos
- ☐ 20) Organização do SUS e participação social
- ☐ 21) Outras. Quais: _____
- ☐ 22) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

25. Como são realizadas as ações de educação em saúde **NA COMUNIDADE** (atividades "EXTRA MUROS"):

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso, entre outras)
- ☐ 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- ☐ 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade

- ☐ 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores, entre outras)
- ☐ 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- ☐ 6) Atividades articuladas com outras secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outras)
- ☐ 7) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas **na UNIDADE**, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- ☐ 2) Prevenção de DST e aids
- ☐ 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase
- ☐ 4) Planejamento reprodutivo
- ☐ 5) Aleitamento materno
- ☐ 6) Gestação e parto
- ☐ 7) Gestação na adolescência
- ☐ 8) Crescimento e desenvolvimento infantil
- ☐ 9) Climatério e menopausa
- ☐ 10) Saúde Bucal
- ☐ 11) Promoção do envelhecimento saudável
- ☐ 12) Saúde do Homem
- ☐ 13) Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM
- ☐ 14) Educação alimentar e obesidade
- ☐ 15) Atividades físicas
- ☐ 16) Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- ☐ 17) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- ☐ 18) Violências (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros)
- ☐ 19) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- ☐ 20) Tabagismo
- ☐ 21) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- ☐ 22) Posse responsável de cães e gatos
- ☐ 23) Organização do SUS e participação social
- ☐ 24) Outras. Quais: _____
- ☐ 25) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. Como são realizadas as ações de educação em saúde para os usuários **na UNIDADE**:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso, entre outras)
- ☐ 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- ☐ 3) Realização de grupos relacionados às ações programáticas (programas de pré-natal, hipertensão e diabetes, entre outras)
- ☐ 4) Atividades em grupo que abordem outros temas
- ☐ 5) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- ☐ 6) Não realiza atividades de educação em saúde

28. 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 usuários
- ☐ 3) Uso de vídeos com temas de educação em saúde
- ☐ 4) Palestras
- ☐ 5) Rodas de conversa
- ☐ 6) Exposição de cartazes educativos
- ☐ 7) Exposição de panfletos educativos
- ☐ 8) Outras atividades de educação em saúde
- ☐ 9) Nenhuma atividade é realizada

29. Atividades de educação em saúde com gestantes são desenvolvidas regularmente por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Cartazes sobre temas da gestação na sala de espera
- ☐ 2) Palestras sobre temas da gestação sem grupos de pré-natal
- ☐ 3) Grupos periódicos para gestantes
- ☐ 4) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- ☐ 5) Distribuição de folder e panfletos educativos
- ☐ 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- ☐ 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes

30. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em **instituições para crianças** (creches, escolas, entre outros) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- ☐ 2) Vacinação
- ☐ 3) Educação em saúde bucal
- ☐ 4) Higiene pessoal
- ☐ 5) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- ☐ 6) Avaliação de acuidade visual

- ☐ 7) Avaliação de acuidade auditiva
- ☐ 8) Prevenção de acidentes domésticos
- ☐ 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- ☐ 10) Saúde e meio ambiente
- ☐ 11) Posse responsável de animais
- ☐ 12) Não realiza atividades regulares em creches e escolas
- ☐ 13) Exclusão social e discriminação
- ☐ 14) Bullying
- ☐ 15) Prevenção das violências
- ☐ 16) Orientações contra o trabalho infantil
- ☐ 17) Sexualidade e educação sexual
- ☐ 18) Prostituição infantil
- ☐ 19) Não atende crianças

31. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Desenvolvimento/mudanças na adolescência
- ☐ 2) Sexualidade, prevenção de DST/aids
- ☐ 3) Uso de álcool e drogas
- ☐ 4) Agressividade e conflito com a lei
- ☐ 5) Exclusão social e discriminação
- ☐ 6) Bullying
- ☐ 7) Violências doméstica e sexual
- ☐ 8) Prostituição na adolescência
- ☐ 9) Obesidade
- ☐ 10) Saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- ☐ 11) Inserção no mercado de trabalho
- ☐ 12) Saúde e meio ambiente
- ☐ 13) Posse responsável de animais
- ☐ 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- ☐ 15) Outros. Quais: _____

32. O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela Unidade, consiste em:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) População em geral durante campanhas
- ☐ 2) Grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo, entre outros
- ☐ 3) Escolares de nível fundamental
- ☐ 4) Adolescentes em geral

- ☐ 5) Jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social
- ☐ 6) Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
- ☐ 7) Comunidades rurais, indígenas ou quilombolas
- ☐ 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
- ☐ 9) Não realizamos essas ações de forma planejada

III. 2. Atividades de rotina

33. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Vacinação
- ☐ 2) Inalação
- ☐ 3) Curativo
- ☐ 4) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- ☐ 5) Pequenas suturas
- ☐ 6) Retirada de pontos
- ☐ 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) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- ☐ 13) Lavagem de ouvido
- ☐ 14) Outros. Quais: _____
- ☐ 15) Não realiza nenhum procedimento

34. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) BCG
- ☐ 2) Hepatite B
- ☐ 3) Poliomelite/ vacina oral de pólio/vop
- ☐ 4) Polio Inativada/ vacina inativada de polio/VIP
- ☐ 5) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- ☐ 6) DTP (Tríplice Bacteriana)
- ☐ 7) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- ☐ 8) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- ☐ 9) dT (dupla adulto)
- ☐ 10) Rotavírus Humano
- ☐ 11) Febre Amarela
- ☐ 12) Anti-rábica
- ☐ 13) Influenza
- ☐ 14) P10 (Pneumocócica 10)

- ☐ 15) Pneumocócica 23 valente
- ☐ 16) Meningocócica C
- ☐ 17) Vacina contra HPV
- ☐ 18) Não realiza vacinação

35. Exames feitos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Eletrocardiograma (ECG)
 - ☐ 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
 - ☐ 3) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG
 - ☐ 4) PPD (Teste tuberculínico)
 - ☐ 5) Teste rápido para HIV
 - ☐ 6) Teste rápido para Sífilis
 - ☐ 7) Teste rápido para hepatite B
 - ☐ 8) Teste rápido para hepatite C
 - ☐ 9) Teste rápido de proteinúria
 - ☐ 10) Detecção de neuropatia periférica com estesiômetro ou diapasão
 - ☐ 11) Não realiza exame
-

36. Exames colhidos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
 - ☐ 2) Teste do pezinho
 - ☐ 3) Papanicolaou (Citologia Oncótica Tríplice)
 - ☐ 4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
 - ☐ 5) Outros. Quais: _____
 - ☐ 6) Não são colhidos exames na Unidade
-

37. Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- ☐ 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- ☐ 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- ☐ 4) Quando os resultados chegam, apenas para os exames considerados prioritários pela Unidade (mamografia, exames do pré natal, exames de urgência, entre outros)
- ☐ 5) Não são avaliados

38. Assinale o **tempo médio** de duração da consulta médica agendada, 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	(tempo em minutos)			
	<10	10 a 20	20 a 30	>30
1) Médico de família				
2) Clínico				
3) Pediatra				
4) Ginecologista/Obstetra				
5) Outras especialidades				

39. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

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, entre outros)
- ☐ 10) Vacinação
- ☐ 11) Tuberculose ou hanseníase
- ☐ 12) Outras. Quais: _____
- ☐ 13) Não se faz convocação de faltosos

40. Em relação à dispensação dos medicamentos previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), pode-se afirmar que:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Todos os medicamentos essenciais previstos estão disponíveis, com exceção dos da farmácia de alto custo
- ☐ 2) Falta ocasional de medicamentos essenciais para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
- ☐ 3) Falta ocasional de medicamentos para diabetes
- ☐ 4) Falta ocasional de medicamentos para hipertensão arterial
- ☐ 5) Falta ocasional de antibióticos mais utilizados
- ☐ 6) Falta ocasional de medicamentos para dislipidemias
- ☐ 7) A unidade encaminha o processo para medicamentos de alto custo
- ☐ 8) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

41. 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) Pílula do dia seguinte
- ☐ 8) Encaminhamento para laqueadura
- ☐ 9) Encaminhamento para vasectomia
- ☐ 10) Outros. Quais: _____
- ☐ 11) Nenhum
- ☐ 12) Não atendemos adultos

42. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de preservativos é:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Conforme solicitação, para a população em geral
- ☐ 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para a população em geral
- ☐ 3) Há controle com cota mensal igual para todos os pacientes
- ☐ 4) Há controle com cotas maiores para a população vulnerável
- ☐ 5) Não distribuímos preservativos nesta Unidade

43. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para as seguintes especialidades é:

Preenchimento

ESPECIALIDADES	Tempo de espera					
	<1 mês	1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 meses a 1 ano	+ 1 ano	Não Sabe
1) Oftalmologia						
2) Otorrinolaringologia						
3) Ortopedia						
4) Gastroenterologia						
5) Cardiologia						
6) Neurologia						
7) Psiquiatria						
8) Fisioterapia						

III. 3. Recepção e acolhimento

44. O fluxo de atendimento à demanda espontânea (pacientes “extras”) **regularmente** é definido a partir do seguinte processo:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- ☐ 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- ☐ 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- ☐ 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- ☐ 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- ☐ 6) Outros. Quais: _____
- ☐ 7) Não atende demanda espontânea

45. As opções de atendimento para os pacientes não agendados (“extras” ou “demanda espontânea”) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- ☐ 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- ☐ 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- ☐ 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- ☐ 5) Agendamento para atendimento em grupo
- ☐ 6) Encaminhamento direto para o pronto-socorro
- ☐ 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- ☐ 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- ☐ 9) Não atende pacientes não agendados

46. A proporção aproximada entre o número de Consultas Médicas Agendadas e o número de Consultas Médicas de Pronto Atendimento (para pacientes não agendados ou extras) **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) 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados
 - ☐ 5) 100% de pacientes não agendados
 - ☐ 6) Informação não disponível
-

47. 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, trabalhamos somente com demanda espontânea

48. Quando um usuário procura a Unidade para agendar consulta médica o **tempo médio** de espera entre o agendamento e a realização da consulta é:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Até 1 semana
- ☐ 2) Entre 7 e 30 dias
- ☐ 3) Entre 1 e 3 meses
- ☐ 4) 4 meses ou mais
- ☐ 5) Realizada no mesmo dia, trabalhamos com demanda espontânea

III. 4. Saúde da Mulher

49. As ações **regularmente** desenvolvidas voltadas à saúde da mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Pré-natal
 - ☐ 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou)
 - ☐ 3) Prevenção e controle das DST e Aids
 - ☐ 4) Planejamento reprodutivo
 - ☐ 5) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
 - ☐ 6) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
 - ☐ 7) Detecção precoce de câncer de mama
 - ☐ 8) O serviço não desenvolve ações especificamente voltadas para a Saúde da Mulher
-

50. O exame de papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é **rotineiramente** oferecido:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- ☐ 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na unidade
- ☐ 3) Uma vez ao ano para todas as mulheres entre 25-59 anos atendidas

- ☐ 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-59 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
 - ☐ 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou em mulheres entre 25-59 anos, com dois exames anteriores normais
 - ☐ 6) Outros. Quais: _____
 - ☐ 7) Serviço não realiza esse exame
-

51. A coleta do Papanicolaou é oferecida pelo serviço:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Todos os dias
 - ☐ 2) Uma vez por semana
 - ☐ 3) Duas ou mais vezes por semana
 - ☐ 4) A cada 15 dias
 - ☐ 5) Uma vez por mês
 - ☐ 6) Depende da disponibilidade dos profissionais
 - ☐ 7) Não realiza esse exame
-

52. Os resultados do exame de Papanicolaou são:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Arquivados nos prontuários ou em caixas e avaliados quando a paciente comparece à consulta
 - ☐ 2) Checados quando chegam à Unidade e as pacientes com exames alterados são convocadas
 - ☐ 3) Registrados em livro ou fichas de controle, arquivados, e as pacientes com exames alterados são convocadas
 - ☐ 4) Outros. Quais: _____
 - ☐ 5) Não realiza esse exame
-

53. O **exame clínico de mama** (ECM) para a detecção precoce do câncer é oferecido de acordo com os seguintes **critérios**:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Uma vez ao ano, para todas as mulheres a partir dos 40 anos
 - ☐ 2) Quando há queixas da paciente em relação à mama
 - ☐ 3) Nas consultas ginecológicas de rotina
 - ☐ 4) Quando realiza a coleta do exame de Papanicolaou
 - ☐ 5) Durante campanhas ou mutirões
 - ☐ 6) Somente quando a paciente solicita o exame
 - ☐ 7) Não é realizado na Unidade
-

54. A solicitação de mamografia é feita:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- ☐ 2) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais com exame clínico de mama alterado
- ☐ 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais sem alteração de exame ou fatores de risco
- ☐ 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- ☐ 5) Para todas as pacientes que solicitem exame
- ☐ 6) Anualmente, a partir de 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de primeiro grau antes dos 50 anos ou outros fatores de risco predisponentes
- ☐ 7) Esse exame não é solicitado

55. Quando o resultado do teste de gravidez é entregue para a paciente:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) à paciente e faz o agendamento do pré natal, se for o caso
- ☐ 2) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados preconcepcionais ou contracepção, a depender do caso
- ☐ 3) A equipe pergunta à mulher se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- ☐ 4) Os resultados de teste de gravidez são entregues em outros serviços ou no local onde é realizado o exame

56. Após o diagnóstico de gravidez, as primeiras ações de pré natal são preferencialmente realizadas:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Imediatamente, por profissional médico ou de enfermagem
- ☐ 2) Por meio de agendamento para consulta médica ou de enfermagem
- ☐ 3) Essa Unidade não realiza Pré Natal

57. A proporção média de gestantes com início do pré natal no 1º trimestre é:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) 90% ou mais
 - ☐ 2) Entre 90% 80%
 - ☐ 3) Entre 80% e 60%
 - ☐ 4) menos de 60%
 - ☐ 5) A unidade não dispõe destas informações
-

58. Qual é a média de consultas de Pré Natal de baixo risco por gestante no último ano?

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Até 5 consultas
- ☐ 2) Entre 6 e 7 consultas
- ☐ 3) 8 consultas ou mais
- ☐ 4) A Unidade não dispõe dessas informações
- ☐ 5) Não realiza o pré natal

59. Os exames solicitados de rotina para **todas** as gestantes durante o Pré Natal de baixo risco são:

Assinale uma ou mais alternativas

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo			
2) Eritrograma (Hb e Ht)			
3) Urina I			
4) Urocultura			
5) Teste rápido de proteinúria			
6) Tipagem sanguínea			
7) Coombs indireto caso Rh negativo			
8) Teste rápido para sífilis			
9) Sorologia para Sífilis			
10) Teste rápido para HIV			
11) Sorologia para HIV			
12) Sorologia para Rubéola			
13) Sorologia para toxoplasmose			
14) Sorologia para hepatite B			
15) Glicemia de jejum			
16) Teste de intolerância à glicose			
17) Ferro sérico			
18) Uréia			
19) Creatinina			
20) TGO, TGP			
21) Ultra-Som obstétrico			
22) Papanicolaou (colpocitologia oncológica)			
23) Bacterioscopia da secreção vaginal			
24) Outros			
Quais: _____			
☐ 24) Não são solicitados exames nesta Unidade			

☐ 25) Não realiza o pré natal

60. As ações **regularmente** desenvolvidas no atendimento de pré natal abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- ☐ 2) Práticas alimentares saudáveis e atividade física
- ☐ 3) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- ☐ 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- ☐ 5) Avaliação das condições de trabalho
- ☐ 6) Escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais
- ☐ 7) Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico
- ☐ 8) Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante e com preenchimento da Ficha Perinatal
- ☐ 9) Vacinação (tétano e hepatite B)
- ☐ 10) Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico
- ☐ 11) Identificação das gestantes de alto risco
- ☐ 12) Orientações e estímulo ao aleitamento materno
- ☐ 13) Orientação e encaminhamento para atendimento odontológico
- ☐ 14) Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes

61. No caso de gestação de alto risco, a gestante é:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência retornando à unidade após o parto
- ☐ 2) Acompanhada na unidade por falta de serviços de referência
- ☐ 3) Acompanhada na unidade que é responsável pelos seguimentos de baixo e alto risco
- ☐ 4) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade
- ☐ 5) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

62. Nos casos de gestante com diagnóstico de sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- ☐ 2) Na Unidade somente para gestante
- ☐ 3) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- ☐ 4) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- ☐ 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- ☐ 6) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

63. Nos casos de gestante com HIV positivo, o Pré Natal é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Somente na unidade
- ☐ 2) Somente em serviço de referência
- ☐ 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- ☐ 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

64. O atendimento no puerpério imediato (até 10 dias após o parto) é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Na maternidade que realizou o parto ou em maternidade de referência
- ☐ 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 e/ou por visita domiciliar
- ☐ 4) Na maternidade que realizou o parto e na unidade de saúde com agendamento prévio
- ☐ 6) Na unidade, quando a usuária procurar
- ☐ 7) Realizado durante visitas domiciliares programadas
- ☐ 8) Não é realizado de rotina

65. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de **puerpério imediato (até 10 dias após o parto)** na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Evolução da gestação (vivência, intercorrências, exames laboratoriais)
- ☐ 2) Histórico do parto (tipo, intercorrências, vivência, entre outros)
- ☐ 3) Presença de intercorrências pós parto (febre, hemorragia, aumento da pressão arterial, entre outros)
- ☐ 4) Aleitamento materno (frequência e duração das mamadas, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- ☐ 5) Suplementação de Ferro
- ☐ 6) Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo)
- ☐ 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- ☐ 8) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- ☐ 9) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, teste do pezinho, testes do olhinho e orelhinha)
- ☐ 10) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- ☐ 11) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- ☐ 12) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- ☐ 13) Orientações sobre alimentação
- ☐ 14) A unidade não realiza consulta de puerpério imediato

66. As ações **regularmente** desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na unidade.
- ☐ 2) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- ☐ 3) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- ☐ 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- ☐ 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
- ☐ 6) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- ☐ 7) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas.
- ☐ 8) A unidade não realiza consulta de puerpério tardio

67. 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 por não possuir os dados
- ☐ 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

68. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da violência contra a mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Protocolo de atendimento
- ☐ 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- ☐ 3) Livre declaração da mulher
- ☐ 4) Discussão de caso em equipe
- ☐ 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- ☐ 6) Não sabe informar
- ☐ 7) Não temos esse tipo de demanda
- ☐ 8) Não atende essa demanda específica

69. Em caso de detecção da violência contra mulher são realizados os seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- ☐ 2) Denúncia à autoridade policial

- ☐ 3) Notificação compulsória
- ☐ 4) Acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade
- ☐ 5) Acompanhamento em grupo
- ☐ 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- ☐ 7) Encaminhamento para serviço de referência
- ☐ 8) Denúncia ao DISQUE 180
- ☐ 9) Outros. Quais: _____
- ☐ 10) Não sabe informar
- ☐ 11) Não temos esse tipo de demanda
- ☐ 12) Não atende a essa demanda específica

III. 5. Saúde da Criança e do Adolescente

70. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação dos parâmetros de crescimento (peso, altura, entre outros)
 - ☐ 2) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
 - ☐ 3) Orientação sobre aleitamento materno
 - ☐ 4) Encaminhamento para banco de leite ou para acesso a leite modificado quando há contra indicação para aleitamento materno (HIV, entre outros)
 - ☐ 5) Avaliação do perímetro cefálico (menor de um ano)
 - ☐ 6) Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, entre outros)
 - ☐ 7) Vacinação
 - ☐ 8) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
 - ☐ 9) Registro do seguimento na caderneta da criança
 - ☐ 10) Realização de espelho (cópia) em prontuário da caderneta da criança
 - ☐ 11) Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição e obesidade)
 - ☐ 12) Vigilância de trabalho infantil
 - ☐ 13) Saúde Bucal
 - ☐ 14) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, entre outros)
 - ☐ 15) Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA)
 - ☐ 16) Orientação para prevenção de acidentes
 - ☐ 17) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
 - ☐ 18) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
 - ☐ 19) Identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual
 - ☐ 20) Não atende crianças
-

71. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para a SAÚDE DA CRIANÇA são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Unidade de Saúde
- ☐ 2) Domicílio
- ☐ 3) Instituições para crianças (creche, escolas, entre outros)
- ☐ 4) Reuniões de bairro
- ☐ 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- ☐ 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- ☐ 7) Não atende crianças

72. O **primeiro atendimento** de um recém-nascido (RN) é mais frequentemente AGENDADO:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- ☐ 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- ☐ 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) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- ☐ 7) Não trabalhamos com agendamento
- ☐ 8) Não atende crianças

73. O atendimento de rotina da criança é realizado por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Consulta médica agendada segundo calendário de consultas mínimas
- ☐ 2) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais
- ☐ 3) Somente a partir de demanda da mãe ou responsáveis
- ☐ 4) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais e em grupo com as mães e/ou pais
- ☐ 5) Não atende crianças

74. As atividades realizadas na Unidade de rotina com ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- ☐ 2) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- ☐ 3) Planejamento reprodutivo
- ☐ 4) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos

- ☐ 5) Orientações quanto ao uso e abuso de álcool e outras drogas
- ☐ 6) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- ☐ 7) Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual
- ☐ 8) Prevenção de obesidade
- ☐ 9) Atenção à saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- ☐ 10) Saúde e meio ambiente
- ☐ 11) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- ☐ 12) Outras. Quais: _____

75. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para os ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Unidade de Saúde
- ☐ 2) Domicílio
- ☐ 3) Instituições que concentram adolescentes (escolas, ONG, entre outras)
- ☐ 4) Reuniões de bairro
- ☐ 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
- ☐ 6) Espaços comunitários, como quadras
- ☐ 7) Outros. Quais: _____
- ☐ 8) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
- ☐ 9) Não atende adolescentes

76. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violência contra crianças e adolescentes são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Protocolo de atendimento
 - ☐ 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
 - ☐ 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
 - ☐ 4) Livre declaração dos responsáveis
 - ☐ 5) Discussão de caso em equipe
 - ☐ 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
 - ☐ 7) Visita domiciliar
 - ☐ 8) Não sabe informar
 - ☐ 9) Não temos esse tipo de demanda específica
 - ☐ 10) Não atende crianças e adolescentes
-

77. Em caso de detecção da violência contra crianças e adolescentes são realizados seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- ☐ 2) Denúncia ao DISQUE 100
- ☐ 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- ☐ 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- ☐ 5) Notificação Compulsória
- ☐ 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- ☐ 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio
- ☐ 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- ☐ 9) Não sabe informar
- ☐ 10) Não temos esse tipo de demanda
- ☐ 11) Não atende essa demanda específica

III. 6. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

78. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto abordam os seguintes **agravos ou problemas de saúde**:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos
- ☐ 2) Diabetes
- ☐ 3) Hipertensão
- ☐ 4) Tabagismo
- ☐ 5) Obesidade
- ☐ 6) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, entre outros)
- ☐ 7) Prevenção de câncer de próstata
- ☐ 8) Alcoolismo / Drogas
- ☐ 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, entre outros)
- ☐ 10) Hanseníase
- ☐ 11) Tuberculose
- ☐ 12) Outras doenças respiratórias (asma, entre outras)
- ☐ 13) Identificação de pessoas com necessidades de prótese dentária
- ☐ 14) Violência doméstica
- ☐ 15) Saúde do trabalhador
- ☐ 16) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, entre outros)
- ☐ 17) Diagnóstico e tratamento DST
- ☐ 18) Diagnóstico e tratamento de aids
- ☐ 19) Testagem e Aconselhamento de DST, aids e hepatites virais
- ☐ 20) Outros. Quais: _____
- ☐ 21) Não atendemos adultos

79. As ações de rotina para portadores de condições crônicas (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, entre outros) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- ☐ 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos e conforme necessidade dos pacientes
- ☐ 3) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- ☐ 4) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- ☐ 5) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- ☐ 6) Orientação de atividades físicas
- ☐ 7) Grupos de apoio para condições crônicas (alternativas para dieta, adesão ao tratamento, entre outros)
- ☐ 8) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- ☐ 9) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- ☐ 10 Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- ☐ 11) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

80. Para os **PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Atendimento sem protocolo específico
 - ☐ 2) Acompanhamento com protocolo
 - ☐ 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
 - ☐ 4) Orientação de dieta
 - ☐ 5) Tratamento e/ou prevenção de obesidade
 - ☐ 6) Solicitação periódica de exames
 - ☐ 7) Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira alternativa, sempre que indicado
 - ☐ 8) Avaliação de risco cardiovascular para introdução de terapêutica medicamentosa
 - ☐ 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
 - ☐ 10) Orientação de atividade física
 - ☐ 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
 - ☐ 12) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
 - ☐ 13) A Unidade não atende paciente portadores de hipertensão arterial
-

81. Exames solicitados de rotina para PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Urina I
- ☐ 2) Potássio
- ☐ 3) Creatinina sérica
- ☐ 4) Glicemia de jejum
- ☐ 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- ☐ 6) Triglicerídeos
- ☐ 7) Ácido úrico
- ☐ 8) Eletrocardiograma – ECG
- ☐ 9) Exame de fundo de olho
- ☐ 10) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

82. Para os PORTADORES DE DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Atendimento sem protocolo específico
- ☐ 2) Acompanhamento com protocolo
- ☐ 3) Orientação de dieta
- ☐ 4) Tratamento e/ou prevenção de obesidade
- ☐ 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- ☐ 6) Solicitação periódica de exames
- ☐ 7) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- ☐ 8) Treinamento para auto aplicação de insulina
- ☐ 9) Fornecimento do glicosímetro
- ☐ 10) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- ☐ 11) Orientação de atividade física
- ☐ 12) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- ☐ 13) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

83. Exames solicitados de rotina para PORTADORES DE DIABETES TIPO II, são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Glicemia de jejum
- ☐ 2) Urina I
- ☐ 3) Microalbuminúria
- ☐ 4) Creatinina sérica
- ☐ 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- ☐ 6) Triglicerídeos
- ☐ 7) Hemoglobina glicada a cada 3 meses até alcançar controle, depois a cada 6 meses
- ☐ 8) Exame de fundo de olhos

- ☐ 9) Eletrocardiograma – ECG
- ☐ 10) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

84. Os medicamentos disponíveis na Unidade para hipertensão e diabetes são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Hidroclorotiazida
- ☐ 2) Furosemida
- ☐ 3) Espironolactona
- ☐ 4) Manitol
- ☐ 5) Atenolol
- ☐ 6) Propanolol
- ☐ 7) Metildopa
- ☐ 8) Succinato de metoprolol
- ☐ 9) Besilato de anlodipino
- ☐ 10) Cloridrato de verapamil
- ☐ 11) Cloridrato de hidralazina
- ☐ 12) Nitroprusseto de sódio
- ☐ 13) Captopril
- ☐ 14) Enalapril
- ☐ 15) Insulina NPH
- ☐ 16) Insulina Regular
- ☐ 17) Metformina
- ☐ 18) Glibenclamida
- ☐ 19) Outros principais. Quais: _____
- ☐ 20) Ocorre falta eventual de medicamentos
- ☐ 21) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

85. Para os portadores de condições crônicas considerados “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Encaminha para grupo de adesão na própria unidade
 - ☐ 2) Encaminha para serviço de referência
 - ☐ 3) Realiza busca ativa
 - ☐ 4) Realiza visita domiciliar
 - ☐ 5) Discute alternativas de abordagem em equipe
 - ☐ 6) Discute o caso com supervisão externa
 - ☐ 7) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
 - ☐ 8) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
 - ☐ 9) A Unidade não atende portadores de condições crônicas
-

86. As ações regularmente programadas para atenção aos idosos abordam os seguintes agravos ou problemas de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação cognitiva (demências)
- ☐ 2) Quadros depressivos na velhice
- ☐ 3) Avaliação funcional (Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais)
- ☐ 4) Prevenção de quedas
- ☐ 5) Alimentação e Nutrição
- ☐ 6) Incontinência Urinária
- ☐ 7) Prática Corporal e Atividade Física
- ☐ 8) Sexualidade e DST/aids
- ☐ 9) Menopausa e Andropausa
- ☐ 10) Saúde Bucal
- ☐ 11) Direitos da Pessoa Idosa
- ☐ 12) Violências contra a Pessoa Idosa
- ☐ 13) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
- ☐ 14) Atenção domiciliar
- ☐ 15) Apoio a idosos em Instituições de Longa Permanência
- ☐ 16) Identificação e orientação de cuidadores (formal ou familiar)
- ☐ 17) Identificação de adoecimento causado pelo trabalho
- ☐ 18) Não existem atividades específicas para idosos

87. Na atenção ao idoso a unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Grupos ligados à igreja
- ☐ 2) Associações de Bairro
- ☐ 3) Centro de Convivência do Idoso
- ☐ 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- ☐ 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- ☐ 6) CRAS
- ☐ 7) CREAS
- ☐ 8) Organização Não Governamental (ONG)
- ☐ 9) Outros. Quais: _____
- ☐ 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- ☐ 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da unidade

88. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violências contra idosos são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Protocolo de atendimento
- ☐ 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- ☐ 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso

- ☐ 4) Livre declaração do idoso
- ☐ 5) Discussão de caso em equipe
- ☐ 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- ☐ 7) Visita domiciliar
- ☐ 8) Não sabe informar
- ☐ 9) Não temos esse tipo de demanda específica
- ☐ 10) Não atende idosos

89. Em caso de detecção de violências contra idosos são realizados seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- ☐ 2) Denúncia ao DISQUE 100
- ☐ 3) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- ☐ 4) Denúncia à autoridade policial
- ☐ 5) Notificação Compulsória
- ☐ 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- ☐ 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio
- ☐ 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- ☐ 9) Não sabe informar
- ☐ 10) Não temos esse tipo de demanda
- ☐ 11) Não atende essa demanda específica

90. As ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação da funcionalidade familiar (dinâmica e estrutura)
- ☐ 2) Investigação da rede de apoio social
- ☐ 3) Suporte informativo aos cuidadores
- ☐ 4) Avaliação do estresse do cuidador
- ☐ 5) Detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar
- ☐ 6) Grupo de apoio aos cuidadores
- ☐ 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

91. As ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- ☐ 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- ☐ 3) Visitas periódicas com médico(a)

- ☐ 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, entre outros)
- ☐ 5) Orientações de higiene bucal
- ☐ 6) Assistência odontológica domiciliar
- ☐ 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- ☐ 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso e abuso de álcool e outras drogas
- ☐ 9) Orientações e assistência em saúde sexual e reprodutiva
- ☐ 10) Registro das ações domiciliares em prontuário
- ☐ 11) Atenção à família em caso de óbito
- ☐ 12) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, entre outros)
- ☐ 13) Não realizamos cuidados no domicílio

92. Na Atenção à Saúde Mental a Unidade Básica de Saúde conta com o apoio Municipal ou Regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Grupos de autoajuda (ex: A.A, N.A, ...)
 - ☐ 2) Grupos de Igreja
 - ☐ 3) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
 - ☐ 4) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
 - ☐ 5) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
 - ☐ 6) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
 - ☐ 7) CAPS AD III infanto-juvenil- Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
 - ☐ 8) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial para transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
 - ☐ 9) SRT – Serviço de Residenciais Terapêuticas
 - ☐ 10) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
 - ☐ 11) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
 - ☐ 12) Unidade de Acolhimento
 - ☐ 13) Programa de Volta para Casa
 - ☐ 14) Consultório na Rua
 - ☐ 15) República para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
 - ☐ 16) Não possui rede de apoio
 - ☐ 17) Não atendemos esse tipo de demanda
-

93. As ações realizadas em casos de alcoolismo são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação do padrão de consumo
- ☐ 2) Investigação do uso de outras drogas
- ☐ 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- ☐ 4) Intervenção Breve
- ☐ 5) Grupos de apoio ao usuário
- ☐ 6) Grupos de apoio aos familiares
- ☐ 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
- ☐ 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- ☐ 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo
- ☐ 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, AA, outros)
- ☐ 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- ☐ 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

94. As ações realizadas em casos uso abusivo de outras drogas são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação do padrão de consumo
- ☐ 2) Investigação do uso de álcool
- ☐ 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- ☐ 4) Intervenção Breve
- ☐ 5) Grupos de apoio ao usuário
- ☐ 6) Grupos de apoio aos familiares
- ☐ 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
- ☐ 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- ☐ 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- ☐ 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, NA, outros)
- ☐ 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- ☐ 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

95. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- ☐ 2) Visita domiciliar periódica para avaliação clínica
- ☐ 3) Visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social
- ☐ 4) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- ☐ 5) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- ☐ 6) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade
- ☐ 7) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- ☐ 8) Não realizamos atendimento dessa população específica

96. O controle do uso continuado (crônico) de benzodiazepínicos é realizado por:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Exclusivamente a critério médico, em cada consulta
- ☐ 2) Pelo médico que reavalia os casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- ☐ 3) Registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- ☐ 4) Revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- ☐ 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

97. As ações regularmente programadas voltadas à **saúde do homem nesta unidade abordam os seguintes temas, agravos ou problemas de saúde:**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Saúde do trabalhador
- ☐ 2) Prevenção de DST/ aids
- ☐ 3) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- ☐ 4) Paternidade e relações familiares
- ☐ 5) Acesso a métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- ☐ 6) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- ☐ 7) Vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência
- ☐ 8) Prevenção e rastreamento de câncer de próstata e outras neoplasias
- ☐ 9) Cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina
- ☐ 10) Prevenção e educação sobre impotência (diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, quedas de testosterona, acidentados, entre outros)
- ☐ 11) Atenção e orientações sobre andropausa
- ☐ 12) Atenção à saúde mental
- ☐ 13) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

III. 7. Ações programadas para agravos e condições específicas

98. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória (por exemplo: tuberculose, sífilis, meningite, dengue, leishmaniose, febre maculosa, entre outros), a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- ☐ 2) Preenchimento da ficha de notificação compulsória
- ☐ 3) Ações de educação e prevenção para os usuários **na unidade**

- ☐ 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
 - ☐ 5) Ações de educação e prevenção **na comunidade**
 - ☐ 6) Outras. Quais: _____
 - ☐ 7) Não realiza nenhuma atividade
-

99. As ações realizadas em **caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis** (DST) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
 - ☐ 2) Tratamento sintomático
 - ☐ 3) Aconselhamento pré teste
 - ☐ 4) Teste rápido para HIV
 - ☐ 5) Teste rápido para Hepatites virais
 - ☐ 6) Teste rápido para Sífilis
 - ☐ 7) Coleta de sorologia para HIV e sífilis
 - ☐ 8) Coleta de sorologia para hepatites virais
 - ☐ 9) Investigação etiológica e tratamento na unidade
 - ☐ 10) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
 - ☐ 11) Encaminhamento para serviço de referência
 - ☐ 12) A Unidade não atende DST/AIDS
-

100. Em caso de resultado **POSITIVO** de sorologia para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis, a Unidade realiza:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Notificação e arquivamento dos resultados no prontuário enquanto aguarda comparecimento do paciente
 - ☐ 2) Notificação e informação do resultado positivo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email), encaminhamento para unidade de referência em DST e aids
 - ☐ 3) Notificação e convocação para orientação sobre os diagnósticos, alternativas de tratamento e cuidados com os parceiros; acompanhamento e encaminhamento para serviços especializados, quando indicado
 - ☐ 4) Encaminha para unidade de referência
 - ☐ 5) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites
-

101. Em caso de resultado **NEGATIVO** para as sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C a Unidade realiza:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição, caso ele tenha interesse em saber

- ☐ 2) Aconselhamento pós-teste com explicação do resultado, orientação sobre prevenção e sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo)
- ☐ 3) Informação do resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- ☐ 4) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

102. Com relação à atenção aos casos de tuberculose a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- ☐ 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- ☐ 3) Ações educativas
- ☐ 4) Pesquisa de HIV
- ☐ 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- ☐ 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- ☐ 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- ☐ 8) Tratamento supervisionado na unidade
- ☐ 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- ☐ 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- ☐ 11) Notificação epidemiológica
- ☐ 12) Não realizamos ações voltadas para Tuberculose

103. Com relação à atenção aos casos de **Hanseníase** a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Diagnóstico de casos novos
- ☐ 2) Acompanhamento de casos
- ☐ 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- ☐ 4) Ações educativas na família e na comunidade
- ☐ 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- ☐ 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- ☐ 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- ☐ 8) Tratamento supervisionado na unidade
- ☐ 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- ☐ 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- ☐ 11) Notificação epidemiológica
- ☐ 12) Não realizamos ações voltadas para Hanseníase

104. Na atenção a pessoas com **deficiências – PCD** (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais), são desenvolvidas as seguintes ações:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção

- ☐ 2) Orientação para os cuidadores
- ☐ 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- ☐ 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- ☐ 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- ☐ 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- ☐ 7) Vigilância e atenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas
- ☐ 8) Ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva
- ☐ 9) Vigilância e atenção em casos de violências
- ☐ 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na unidade
- ☐ 11) Não realizamos atenção a portadores de necessidades especiais

105. As ações realizadas pela Unidade para atenção à Saúde do Trabalhador são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Assistência ao trabalhador
- ☐ 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- ☐ 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- ☐ 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- ☐ 5) Notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho
- ☐ 6) Encaminhamento para serviços de referência
- ☐ 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- ☐ 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho
- ☐ 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- ☐ 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- ☐ 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

106. No caso de acidentes com material biológico com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfuro cortante - as condutas tomadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- ☐ 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- ☐ 3) Coleta de sorologia para HIV do profissional acidentado
- ☐ 4) Coleta de sorologia para hepatite B do profissional acidentado
- ☐ 5) Coleta de sorologia para hepatite C do profissional acidentado
- ☐ 6) Teste rápido para HIV do profissional acidentado
- ☐ 7) Teste rápido para hepatite B do profissional acidentado
- ☐ 8) Teste rápido para hepatite C profissional acidentado
- ☐ 9) Coleta de sorologia para HIV do paciente fonte
- ☐ 10) Coleta de sorologia para hepatite B do paciente fonte

- ☐ 11) Coleta de sorologia para hepatite C do paciente fonte
- ☐ 12) Teste rápido para HIV do paciente fonte
- ☐ 13) Teste rápido para hepatite B paciente fonte
- ☐ 14) Teste rápido para hepatite C paciente fonte
- ☐ 15) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- ☐ 16) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- ☐ 17) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (Sinan)
- ☐ 18) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia, entre outras)
- ☐ 19) Encaminhamento para serviço de referência
- ☐ 20) Nenhuma das condutas anteriores

III. 8. Saúde Bucal

107. O público alvo do atendimento odontológico é:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Gestantes
- ☐ 2) Bebês
- ☐ 3) Todas as crianças com até 6 anos
- ☐ 4) Crianças em idade escolar
- ☐ 5) Idosos (> 60 anos)
- ☐ 6) Pronto atendimento para queixas agudas
- ☐ 7) Pacientes acamados
- ☐ 8) Todos os pacientes atendidos na Unidade
- ☐ 9) Outros. Quais: _____
- ☐ 10) Não temos equipe de saúde bucal na unidade

108. As **atividades** desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Atendimento clínico individual para queixas agudas
- ☐ 2) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- ☐ 3) Educação em saúde bucal dentro da Unidade
- ☐ 4) Educação em saúde bucal em escolas
- ☐ 5) Educação em saúde bucal em creches
- ☐ 6) Outras atividades de educação em saúde bucal foram na Unidade
- ☐ 7) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- ☐ 8) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

109. Os **procedimentos** para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de saúde bucal da Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Drenagem de abscesso
- ☐ 2) Sutura

- ☐ 3) Extração de dente
- ☐ 4) Frenectomia
- ☐ 5) Remoção de cistos
- ☐ 6) Acesso à polpa dentária
- ☐ 7) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- ☐ 8) Aplicação tópica de flúor
- ☐ 9) Restauração de amálgama
- ☐ 10) Restauração com resina composta
- ☐ 11) Pulpotomia
- ☐ 12) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- ☐ 13) Tratamento de alveolite
- ☐ 14) Ulotomia/Ulectomia
- ☐ 15) Cimentação de prótese
- ☐ 16) Outros. Quais: _____
- ☐ 17) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV PERFIL DE ATIVIDADES

110. As atividades de rotina realizadas pelo **dentista** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- ☐ 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)
- ☐ 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de saúde bucal
- ☐ 4) Consulta de seguimento programático (gestantes, crianças, entre outros)
- ☐ 5) Atendimento de urgências
- ☐ 6) Atendimento de livre demanda
- ☐ 7) Pequenas cirurgias ambulatoriais
- ☐ 8) Gerenciamento dos insumos de saúde bucal
- ☐ 9) Visita domiciliar
- ☐ 10) Participação nas reuniões de equipe
- ☐ 11) Coleta de material para biópsia
- ☐ 12) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- ☐ 13) Participação em outros grupos programáticos (gestante, outros)
- ☐ 14) Ações de educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- ☐ 15) Atestado para afastamento do trabalho de até 15 dias
- ☐ 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- ☐ 17) Supervisão do técnico/auxiliar de saúde bucal
- ☐ 18) Atividades de educação permanente da equipe da unidade
- ☐ 19) Atividades de educação permanente da equipe de saúde bucal
- ☐ 20) Uso de ficha específica de atendimento
- ☐ 21) Registro de atendimentos em prontuário
- ☐ 22) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta

- ☐ 23) Encaminhamento para serviços de referência
- ☐ 24) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- ☐ 25) Outros. Quais: _____
- ☐ 26) Esse serviço não dispõe desse profissional

111. As atividades realizadas pelo auxiliar/técnico de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- ☐ 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- ☐ 3) Manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e do consultório
- ☐ 4) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- ☐ 5) Educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- ☐ 6) Participação nas reuniões de equipe
- ☐ 7) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente
- ☐ 8) Auxílio e instrumentalização do cirurgião dentista em intervenções clínicas
- ☐ 9) Descarte de produtos e resíduos odontológicos (biossegurança)
- ☐ 10) Esse serviço não dispõe desse profissional

112. As atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- ☐ 2) Consulta de enfermagem de casos “extras” (não agendados)
- ☐ 3) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, DST, entre outros)
- ☐ 4) Orientações gerais para gestantes, hipertensos/diabéticos, entre outros
- ☐ 5) Prescrição de medicamentos para condições com protocolo pré estabelecido
- ☐ 6) Orientação para o uso correto de medicamentos
- ☐ 7) Coleta de citologia oncológica
- ☐ 8) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- ☐ 9) Aconselhamento em DST/Aids
- ☐ 10) Grupos educativos/assistências
- ☐ 11) Visita domiciliar
- ☐ 12) Atendimento de urgência e emergência
- ☐ 13) Notificação epidemiológica
- ☐ 14) Gerenciamento da unidade
- ☐ 15) Supervisão da equipe de enfermagem/agentes comunitários
- ☐ 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- ☐ 17) Participação das reuniões de equipe multiprofissional
- ☐ 18) Avaliação dos faltosos em consulta
- ☐ 19) Atividades de educação permanente da equipe

- ☐ 20) Registro de seus atendimentos em prontuário
- ☐ 21) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- ☐ 22) Outros. Quais: _____
- ☐ 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

113. As atividades de rotina realizada pelo **auxiliar/técnico de enfermagem** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- ☐ 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- ☐ 3) Aplicação de vacina
- ☐ 4) Orientação e acompanhamento do cartão de vacina
- ☐ 5) Aplicação de medicamentos
- ☐ 6) Curativos
- ☐ 7) Agendamento de consultas na Unidade
- ☐ 8) Aferição de peso, altura, temperatura, pressão arterial
- ☐ 9) Coleta de sangue para exames laboratoriais
- ☐ 10) Verificação de queixas agudas que exijam atendimento prioritário
- ☐ 11) Agendamento de exames e consultas
- ☐ 12) Orientação sobre o uso de preservativos
- ☐ 13) Orientação para coleta de exames
- ☐ 14) Orientação sobre prevenção de câncer de mamas
- ☐ 15) Orientação sobre o uso da medicação
- ☐ 16) Orientações nutricionais e dietéticas
- ☐ 17) Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento
- ☐ 18) Grupos educativos/assistenciais
- ☐ 19) Visita domiciliar
- ☐ 20) Procedimentos para pacientes acamados
- ☐ 21) Convocação de faltosos
- ☐ 22) Outros. Quais: _____
- ☐ 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

114. As atividades de rotina realizadas pelo **agente comunitário de saúde** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Cadastramento das famílias da área de abrangência
- ☐ 2) Atividades de educação em saúde
- ☐ 3) Visita Domiciliar
- ☐ 4) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- ☐ 5) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- ☐ 6) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase

- ☐ 7) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- ☐ 8) Identificação de casos de violência intradomiciliar
- ☐ 9) Entrega de fichas de encaminhamento
- ☐ 10) Agendamento de consultas na Unidade
- ☐ 11) Captação de gestantes para inscrição no pré-natal
- ☐ 12) Captação de crianças menores de um ano
- ☐ 13) Busca ativa para vacinação
- ☐ 14) Busca ativa de hipertensos e diabéticos
- ☐ 15) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- ☐ 16) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- ☐ 17) Identificação e orientação de usuários acamados
- ☐ 18) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- ☐ 19) Outros. Quais: _____
- ☐ 20) Esse serviço não dispõe desse profissional

115. As atividades de rotina realizadas pelo(s) médico(s) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- ☐ 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)
- ☐ 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- ☐ 4) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, entre outros)
- ☐ 5) Atendimento e estabilização de casos de urgência/ emergência
- ☐ 6) Aconselhamento em DST/Aids
- ☐ 7) Grupos educativos/assistenciais
- ☐ 8) Visita domiciliar
- ☐ 9) Pequenos procedimentos cirúrgicos (suturas, drenagem de abscesso, remoção de corpo estranho, entre outros)
- ☐ 10) Notificação epidemiológica
- ☐ 11) Atestado médico para afastamento do trabalho de até 15 dias
- ☐ 12) Participação nas reuniões de equipe
- ☐ 13) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- ☐ 14) Atividades de educação permanente da equipe
- ☐ 15) Registro de atendimento em prontuário
- ☐ 16) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta
- ☐ 17) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- ☐ 18) Outros. Quais: _____
- ☐ 19) Esse serviço não dispõe desse profissional

V. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO GERENCIAL

116. A gerência local da Unidade é exercida por:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Enfermeiro
 - ☐ 2) Médico
 - ☐ 3) Dentista
 - ☐ 4) Assistente Social
 - ☐ 5) Outro Profissional. Qual: _____
 - ☐ 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
 - ☐ 7) Essa Unidade não tem gerente
-

117. A carga horária do gerente na Unidade é de:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) 40 horas semanais
 - ☐ 2) 30 horas semanais
 - ☐ 3) 20 horas semanais
 - ☐ 4) Outra. Qual: _____
 - ☐ 5) Essa Unidade não tem gerente
-

118. O relacionamento **predominante** da Unidade com o nível central (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
 - ☐ 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
 - ☐ 3) Visita eventual de supervisão
 - ☐ 4) Comunicações escritas ou por internet
 - ☐ 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central
-

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Semanal
 - ☐ 2) Quinzenal
 - ☐ 3) Mensal
 - ☐ 4) Bimestral ou intervalos maiores
 - ☐ 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
 - ☐ 6) Não ocorreram reuniões
-

120. 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) Discussão de casos
- ☐ 8) Planejamento de ações
- ☐ 9) Outros. Quais: _____
- ☐ 10) Não ocorreram reuniões

121. Os profissionais que participaram de treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Médicos
- ☐ 2) Enfermeiros
- ☐ 3) Dentistas
- ☐ 4) Auxiliares/Técnico de Enfermagem
- ☐ 5) Auxiliares/Técnico de Higiene Dental
- ☐ 6) Agentes Comunitários
- ☐ 7) Pessoal Administrativo
- ☐ 8) Outros profissionais. Quais: _____
- ☐ 9) Nenhuma Categoria

122. Os principais temas abordados nas estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
 - ☐ 2) Saúde da Mulher
 - ☐ 3) DST e Aids
 - ☐ 4) Saúde da Criança
 - ☐ 5) Saúde do Homem
 - ☐ 6) Saúde do Idoso
 - ☐ 7) Saúde Mental
 - ☐ 8) Violências (Doméstica, sexual, outras)
 - ☐ 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
 - ☐ 10) Outros. Quais: _____
 - ☐ 11) Não realizou atividades
-

123. 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) Diagnóstico e priorização dos problemas do território
- ☐ 4) Planejamento de atividades educativas na comunidade
- ☐ 5) Os direitos e responsabilidades dos conselheiros
- ☐ 6) Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
- ☐ 7) A Conferência Municipal de Saúde
- ☐ 8) Preocupações com acesso e direitos diferenciados dos conselheiros
- ☐ 9) Não existe conselho de saúde na Unidade

124. As reclamações de usuários 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) Site da internet
- ☐ 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- ☐ 5) Diretamente à direção local da Unidade
- ☐ 6) Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho de gestão local)
- ☐ 7) Conselho Municipal de Saúde
- ☐ 8) Diretamente com o nível central
- ☐ 9) Outros. Quais: _____
- ☐ 10) Não há canais formais de reclamação

125. 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 técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal
- ☐ 4) Falta de capacitação adequada da equipe de nível universitário
- ☐ 5) Falta de compromisso dos profissionais médicos
- ☐ 6) Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário
- ☐ 7) Falta de compromisso da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal
- ☐ 8) Falta de realização de um trabalho em equipe
- ☐ 9) Necessidade de informatizar o registro de dados
- ☐ 10) Falta de medicamentos
- ☐ 11) Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura (como suporte técnico, incentivos financeiros, plano de carreira, entre outros)
- ☐ 12) Falta de mobilização da comunidade
- ☐ 13) Excesso de demanda

- ☐ 14) Inadequação da postura dos usuários
- ☐ 15) A má remuneração dos profissionais
- ☐ 16) Falta de recursos humanos
- ☐ 17) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- ☐ 18) Falta de retaguarda de serviços especializados para referência
- ☐ 19) Falta de contra referência por parte dos serviços especializados
- ☐ 20) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de p
refeito ou secretário
- ☐ 21) Outros. Quais: : _____
- ☐ 22) Não existem obstáculos importantes

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 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) Outros. Quais: _____
-

Anexo 5 – Quadro com as questões e alternativas abordadas no QualiAB 2014 para a organização da atenção à saúde da criança em serviços de APS

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	Questões e Alternativas abordadas no QualiAB 2014 em relação ao PNAISC	
EIXOS PNASC	QUESTÃO	INDICADORES
I – Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção	33.9	Disponibilidade de aplicação de tratamento intramuscular
	33.12	Disponibilidade de aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
	36.1	Coleta de material para exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
	35.3	Realização do Teste de gravidez na urina
	40.1	Disponibilidade de todos os medicamentos essenciais previstos no RENAME
	40.2	Falta ocasional de medicamentos essenciais para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
	40.5	Falta ocasional de antibióticos mais utilizados
	24.2	Orientações na comunidade sobre Prevenção de DST e aids
	26.2	Orientações na unidade sobre Prevenção de DST e aids
	59.8+59.9	Solicitação de Teste rápido ou Sorologia para sífilis como exame de rotina para gestantes
	62.1	Oferta de tratamento da sífilis na Unidade para gestante e parceiro
	62.4	Oferta de tratamento da sífilis para a gestante e encaminha o parceiro para outro serviço
	63.1	Realiza pré-natal de gestantes HIV somente na unidade
	55.3	Questionamento sobre o desejo de engravidar antes da comunicação do resultado do teste de gravidez
	56.1	As primeiras ações de pré-natal são realizadas imediatamente após o diagnóstico
	56.2	As primeiras ações de pré-natal são realizadas por meio de agendamento para consulta médica ou de enfermagem
	57.1+57.2	80% (ou mais) das gestantes iniciam pré-natal no 1º trimestre
	114.11	Captação de gestantes para inscrição no pré-natal realizada por ACS
	60.8	Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante (com preenchimento da Ficha Perinatal)
	39.1	Convocação de Gestantes faltosas
	60.9	Vacinação das gestantes (tétano e hepatite B)
	59.6+59.7+59.10+59.11+59.12+59.13+59.14+59.17	Solicitação de exames de rotina para gestantes (Coombs indireto; tipagem sanguínea Teste rápido ou Sorologia para HIV; Sorologia para Rubéola; toxoplasmose; hepatite B e exame de Ferro sérico)
	60.1+60.2	No pré-natal abordam alimentação, ganho de peso e atividade física
	60.3	No pré-natal abordam riscos do tabagismo e do álcool e outras drogas
	60.4	No pré-natal abordam uso de medicamentos sobre o feto
	60.5	No pré-natal avaliam as condições de trabalho da gestante
	60.7	No pré-natal estimulam e informam sobre o parto fisiológico
	60.10	No pré-natal abordam Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico

	107.1	Presta assistência odontológica para Gestantes
	60.13	As consultas de pré-natal abordam Orientação e encaminhamento para atendimento odontológico
	63.3	pré-natal de gestantes HIV em serviço de referência mantendo acompanhamento na Unidade
	70.4	Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV)
	29.6	Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade como estratégia de educação em saúde para gestantes
	72.1	Primeiro atendimento do RN agendado por ACS em visita domiciliar
	72.2	Primeiro atendimento do RN agendado pela maternidade, na alta, pós parto
	72.3	Primeiro atendimento do RN agendado quando por demanda espontânea
	72.4	Primeiro atendimento do RN agendado na última consulta de pré-natal
	72.5	Primeiro atendimento do RN agendado pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
	72.6	Primeiro atendimento do RN é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
	70.2	Orientação em consulta sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o RN
	65.8	Condições de nascimento e orientações sobre cuidados básicos do RN são abordados na consulta de puerpério imediato
	65.9	Orientações para o atendimento de rotina do RN é abordado na consulta de puerpério imediato
	36.2	Coleta na unidade de material para o Teste do pezinho
	39.5	Convocação de Recém-nascidos faltosos
	39.6	Convocação de Recém-nascidos de risco faltosos
	39.9	Convocação de Crianças de risco (desnutrição, entre outros) faltosas
	29.1	Cartazes educativos para gestantes na sala de espera
	29.2	Palestras em saúde para gestantes (<u>sem</u> grupos de pré-natal)
	29.3	Grupos periódicos de educação em saúde para gestantes
	29.4	Grupos periódicos de educação em saúde para gestantes, parceiros e familiares
	29.5	Distribuição de folder e panfletos educativos para gestantes
	122.4	Formação continuada na atenção à saúde da criança
II – aleitamento materno e alimentação complementar saudável	70.3	Orientação em consulta sobre benefícios do aleitamento materno
	24.5	Orientações na comunidade sobre aleitamento materno
	26.5	Orientações na unidade sobre aleitamento materno
	65.4	Aleitamento materno é abordado na consulta de puerpério imediato
	66.4	Aleitamento materno é abordado na consulta de puerpério tardio
Consiste na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;	60.12	As consultas de pré-natal abordam Orientações e estímulo ao aleitamento materno
	70.9	Registro do seguimento na caderneta da criança

III – promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança pela APS, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares	70.10	Registro em espelho da caderneta da criança no prontuário
	33.1	Disponibilidade de Vacinação
	33.2	Disponibilidade de Inalação
	33.4	Disponibilidade de Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
	33.7	Disponibilidade de hidratação por via venosa
	33.8	Disponibilidade de aplicação de tratamento endovenoso
	34.1	Disponibilidade da vacina BCG
	34.2	Disponibilidade da vacina para Hepatite B
	34.3	Disponibilidade da vacina para Poliomelite (oral/vop)
	34.4	Disponibilidade da vacina para Polio Inativada (VIP)
	34.5	Disponibilidade da vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)
	34.6	Disponibilidade da vacina DTP (Tríplice Bacteriana)
	34.7	Disponibilidade da vacina Tríplice viral
	34.8	Disponibilidade da vacina Tetra viral
	34.10	Disponibilidade da vacina para Rotavírus Humano
	34.11	Disponibilidade da vacina Febre Amarela
	34.13	Disponibilidade da vacina para Influenza
	34.14	Disponibilidade da vacina P10 (Pneumocócica 10)
	34.15	Disponibilidade da vacina Pneumocócica 23 valente
	34.16	Disponibilidade da vacina Meningocócica C
	71.2	Atividades no Domicílio
	71.3	Atividades em Instituições para crianças
	71.4	Atividades em Reuniões de bairro
	71.5	Atividades em Reuniões promovidas por Programas Sociais
	24.4	Orientações na comunidade sobre planejamento reprodutivo
	24.6	Orientações na comunidade sobre saúde bucal
	24.10+11	Orientações na comunidade sobre educação alimentar e obesidade
	24.12	Orientações na comunidade sobre atividade física
	24.13	Orientações na comunidade sobre saúde e meio ambiente
	24.15	Orientações na comunidade sobre situações de violência
	24.19	Orientações na comunidade sobre posse responsável de cães e gatos
	30.1	Orientação sobre Alimentação saudável e prevenção de obesidade em instituições para crianças
	30.2	Orientação sobre Vacinação em instituições para crianças
	30.3	Orientações sobre Educação em saúde bucal em instituições para crianças
	30.4	Orientações sobre Higiene pessoal em instituições para crianças
	30.5	Orientações sobre Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros) em instituições para crianças

	30.6	Orientações para Avaliação de acuidade visual em instituições para crianças
	30.7	Orientações para Avaliação de acuidade auditiva em instituições para crianças
	30.8	Orientação sobre Prevenção de acidentes domésticos em instituições para crianças
	30.9	Orientação para estímulos neuropsicomotor em instituições para crianças
	30.10	Orientações sobre Saúde e meio ambiente em instituições para crianças
	30.11	Orientações sobre Posse responsável de animais em instituições para crianças
	30.13	Orientações sobre Exclusão social e discriminação em instituições para crianças
	30.14	Orientações sobre Bullying em instituições para crianças
	30.15	Orientações sobre Prevenção das situações de violência em instituições para crianças
	30.16	Orientações contra o trabalho infantil em instituições para crianças
	30.17	Orientações sobre Sexualidade e educação sexual em instituições para crianças
	30.18	Orientações contra a Prostituição infantil em instituições para crianças
	108.4+108.5+110.14+111.5	Ações de educação em saúde bucal em escolas e creches realizadas
	26.4	Orientações na unidade sobre planejamento reprodutivo
	26.6	Orientações na unidade sobre gestação e parto
	26.7	Orientações na unidade sobre gestação na adolescência
	26.8	Orientações na unidade sobre crescimento e desenvolvimento infantil
	26.10	Orientações na unidade sobre saúde bucal
	26.14	Orientações na unidade sobre educação alimentar e obesidade
	26.15	Orientações na unidade sobre atividade física
	26.16	Orientações na unidade sobre saúde e meio ambiente
	26.18	Orientações na unidade sobre situações de violência
	26.22	Orientações na unidade sobre posse responsável de cães e gatos
IV – atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas consiste no diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar;	39.3	Convocação de faltosos com Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
	39.7	Convocação de Crianças em seguimento na puericultura faltosas
	39.8	Convocação de Crianças até dois anos faltosas
	39.10	Convocação de faltosos na Vacinação
	70.1	Avaliação dos parâmetros de crescimento
	70.5	Avaliação em consulta do perímetro cefálico (menores de um ano)
	70.8	Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
	70.11	Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição, obesidade)
	70.7	Planejamento e regularidade na vacinação de crianças
	113.4	Orientação e acompanhamento do cartão de vacina realizados por auxiliar/técnico de enfermagem
	114.12	Captação de crianças menores de um ano realizada por ACS

	114.13	Busca ativa para vacinação realizada por ACS
	70.6	Orientação em consulta sobre alimentação
	70.15	Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA)
	70.17	Orientação em consulta sobre sexualidade e educação sexual
	70.18	Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental infantil
	107.2	Presta assistência odontológica para Bebês
	107.3	Presta assistência odontológica para todas as crianças com até 6 anos
	107.4	Presta assistência odontológica para crianças em idade escolar
	107.8	Presta assistência odontológica para todos os pacientes da Unidade
	114.1	Cadastramento das famílias da área de abrangência pelo ACS
	114.3+115.8+112.11+113.19	Realização de Visita Domiciliar
V – atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território;	70.19	Identificação e acompanhamento de situações de violência
	76.1	Detecção das situações de violência por Protocolo de atendimento
	76.2	Detecção das situações de violência por Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
	76.3	Detecção das situações de violência por Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
	76.4	Detecção das situações de violência por Livre declaração dos responsáveis
	76.5	Detecção das situações de violência por Discussão de caso em equipe
	76.6	Sensibilização e capacitação da equipe para identificação das situações de violência
	76.7	Detecção das situações de violência por Visita domiciliar
	77.1	Denúncia ao Conselho Tutelar em casos de situações de violência
	77.2	Denúncia ao DISQUE 100 em casos de situações de violência
	77.3	Atendimento e acompanhamento dos pais em casos de situações de violência
	77.4	Encaminhamento ao CRAS e CREAS em casos de situações de violência
	77.5	Notificação Compulsória em casos de situações de violência
	77.6	Atendimento interdisciplinar em casos de situações de violência
	77.7	Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio em casos de situações de violência
	77.8	Acompanhamento intersetorial em casos de situações de violência
	70.16	Orientação em consulta para prevenção de acidentes
	114.8	Identificação de situações de violência realizada por ACS
VI – atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade	70.14	Orientações para inscrição em Programas Sociais
	65.7	Condições sócio familiares são abordadas no puerpério imediato
	66.6	Condições sócio familiares são abordadas no puerpério tardio
	70.12	Ações de Vigilância de trabalho infantil

consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva	104.11_inv	Assistência a pessoas com deficiência
	65.6	Condições psicoemocionais são abordadas na consulta de puerpério imediato
	66.3	Avaliação de sinais de sofrimento mental é realizado no puerpério tardio
	60.14	Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes
	60.11	Identificação das gestantes de alto risco durante o pré-natal
	61.4	Encaminhamento de gestantes de alto risco para serviço de referência mantendo acompanhamento na unidade
	114.7	Identificação de condições de vulnerabilidade social realizada por ACS
	92.6	Disponibilidade apoio por CAPS i
	61.2_inv	Disponibilidade de serviços de referência para acompanhamento de gestantes de alto risco
	12.3+12.4	Acesso a serviços de referência em Assistência Social
	92.7	Disponibilidade apoio por CAPS AD III infanto-juvenil
	12.7	Acesso a serviços municipais ou regionais de atenção à criança
	13.1+13.2+13.3	Utilização de Apoio matricial (NASF ou outros)

Anexo 6 - Indicadores selecionadas para avaliar as modificações na qualidade organizacional da atenção à saúde da criança em serviços de APS.

INDICADORES	
Recursos e Insumos básicos (13 indicadores)	
Presença de clínico geral ou médico de família fixo na equipe	
Presença de pediatra fixo na equipe	
Presença de médico especialista fixo na equipe	
Disponibilidade de ACS	
Existência de gerente	
Disponibilidade de equipe de saúde bucal	
Disponibilidade de vacinas	
Disponibilidade de inalação	
Disponibilidade de aplicação de tratamento intramuscular	
Coleta na unidade de material para exames clínicos laboratoriais	
Dispensação de medicamentos	
Disponibilidade dos antibióticos mais utilizados	
Disponibilidade de todos os medicamentos essenciais previstos na APS	
Promoção à saúde da criança (18 indicadores)	
Ações educativas em planejamento familiar na unidade	
Ações educativas em aleitamento materno na unidade	
Ações educativas em atividades físicas na unidade	
Ações educativas sobre alimentação (obesidade, desnutrição) na unidade	
Ações educativas sobre situações de violência na unidade	
Ações educativas em saúde e meio ambiente na unidade	
Ações educativas sobre posse responsável de cães e gatos na unidade	
Ações educativas em planejamento familiar na comunidade	
Ações educativas em aleitamento materno na comunidade	
Ações educativas sobre alimentação (obesidade, desnutrição) na comunidade	
Ações educativas em atividade física na comunidade	
Ações educativas em saúde e meio ambiente na comunidade	
Ações educativas sobre situações de violência na comunidade	
Ações educativas sobre posse responsável de cães e gatos na comunidade	
Ações educativas em saúde bucal na comunidade	

Ações educativas em saúde bucal na Unidade

Ações educativas em saúde bucal em escolas

Ações educativas em saúde bucal em creches

Prevenção de agravos à saúde da criança (30 indicadores)

Vigilância em saúde (17 indicadores)

Convocação de faltosos com Resultado(s) de exame(s) alterado(s)

Convocação de Recém-nascidos de risco faltosos

Convocação de Crianças até dois anos ou em seguimento na puericultura faltosos

Convocação de Crianças de risco (desnutrição e outros) faltosos

Convocação de Vacinação faltosos

Cadastramento das famílias da área de abrangência pelo ACS

Visita Domiciliar pelo ACS

Captação de crianças menores de um ano pelo ACS

Busca ativa para vacinação pelo ACS

Agendamento programado do primeiro atendimento ao RN

Agendamento do primeiro atendimento ao RN por demanda espontânea da mãe

Primeiro atendimento ao RN realizado por visita domiciliar, sem agendamento prévio

Ausência de casos de sífilis congênita

Não sabe informar a existência de casos de sífilis congênita

Vacinação em instituição para criança

Avaliação de acuidade visual em instituições para criança

Coleta na unidade de material para o Teste do pezinho

Atenção à gestação (13 indicadores)

Realização de Teste de gravidez na urina na unidade

Captação de gestantes para inscrição no pré-natal pelo ACS

Convocação de Gestantes faltosas

Solicita sorologia para sífilis 1 vez durante o pré-natal

Solicita sorologia para sífilis 2 vezes durante o pré-natal

Solicitação para as gestantes do exame de Tipagem sanguínea

Solicitação para as gestantes de sorologia para HIV

Solicitação para as gestantes de sorologia para Rubéola

Solicitação para as gestantes de sorologia para toxoplasmose

Solicitação para as gestantes de sorologia para hepatite B

Oferta na unidade de tratamento da sífilis para a gestante e seu parceiro

Encaminha gestante e parceiro para tratamento da sífilis em outro serviço ou trata apenas a gestante na unidade

Ações educativas para gestante

Assistência individual à saúde da Criança (13 indicadores)

Assistência odontológica para bebês

Assistência odontológica para crianças com até 6 anos

Assistência odontológica para crianças em idade escolar

Assistência odontológica para queixas agudas

Assistência odontológica conforme demanda do paciente

Atendimento sobre aleitamento materno

Atendimento sobre alimentação (desnutrição e obesidade)

Diagnóstico e acompanhamento das Infecções respiratórias na infância (IRA)

Identificação e acompanhamento de situações de violência

Orientações e encaminhamento para inscrição em Programas Sociais

Atendimento individual só por consulta médica

Atendimento individual por consulta de enfermagem e/ou odontológica

Atendimento em grupo por consulta médica, de enfermagem e/ou odontológica

Fonte: QualiAB, 2007; 2010; 2014

Anexo 7 - Identificação do número das questões e suas alternativas segundo a versão/ano do instrumento QualiAB (2007; 2010; 2014).

QUESTÃO	VARIÁVEIS	Número da questão segundo a versão/ano do Instrumento		
		2007	2010	2014
Tipo de serviço	USF	1.1	1.1+1.2	1.1
	UBS	1.2+1.5	1.3	1.2
	UBS com PACS/ESF	1.3+1.4	1.4+1.5	1.3+1.4
	Outros	1.6+1.7	1.6+1.7	1.5+1.6+1.7
Localização	Rural	2.1	2.1	3.1
	Urbano-Central	2.2	2.2	3.2
	Urbano-Periférico	2.3	2.3	3.3
Delimitação de área	Planejada	3.1	3.1	4.1+4.2
	Prática	3.2	3.2	4.3
	Não definido	3.3	3.3	4.4
Composição da equipe (fixa)	Médico generalista	5.1+5.2	5.1+5.2	10.1+10.2
	Médico Pediatra	5.3	5.3	10.3
	Outra especialidade	5.4+5.5+5.6	5.4+5.5+5.6	10.4+10.5+10.6
	Enfermeiro	5.7	5.7	10.7
	Dentista	5.8	5.8	10.8
	ACS	5.16	5.16	10.16
Porte dos serviços	Número de consulta	13 (x22 DIA)	13.1 (MÊS)	14.1 (MÊS)
Exame realizado/colhido	Gravidez	9.4	9.4	35.3
	Laboratoriais	10.1	10.1	36.1
	Teste do Pezinho	10.2	10.2	36.2
Disponibilidade de medicamento	Não disponibiliza	59.9	59.9	40.8
	Antibiótico	59.8	59.8	40.5
	Disponibilidade de todos	59.2	59.2	40.1
Existência de gerente	Enfermeiro	73.1	73.1	116.1
	Médico	73.2	73.2	116.2
	SMS	73.7	73.7	116.6
	Outros Profissionais	73.3+73.4+73.5+73.6	73.3+73.4+73.5+73.6	116.3+116.4+116.5
	Não tem gerente	73.8	73.8	116.7
Quem respondeu o questionário	Só Gerente	85.1	85.1	126.1
	Toda equipe	85.3	85.3	126.3
	SMS	85.5	85.5	126.5
	Outros	85.2+85.4+85.6	85.2+85.4+85.6	126.2+126.4+126.6
Proporção entre consulta agendada e demanda espontânea	100% agendada	24.1	24.1	46.1
	100% espontâneo	24.7	24.7	46.5
	Não sabe	24.8	24.8	46.6
	30% agendada	24.2	24.2	46.2
	70% agendada	24.3	24.3	46.3
	50% agendada	24.6	24.6	46.4
Atividade ACS	Cadastro	69.1	69.1	114.1
	Visita domiciliar	69.3	69.3	114.3
	Pré-Natal	69.4	69.4	114.11
	Captação de menores 1 Ano	69.5	69.5	114.12

	Captação para Vacina	69.6	69.6	114.13
	Não tem ACS	69.12	69.12	114.20
	Ed. Saúde	69.2	69.2	114.21
Convocação de faltosos	Gestante	28.1	28.1	39.1
	Exames Alterados	28.3	28.3	39.3
	Recém-Nascidos	28.5	28.5	39.5
	RN de risco	28.6	28.6	39.6
	Criança na puericultura	28.7	28.7	39.7
	Criança 2 anos	28.8	28.8	39.8
	Criança de risco	28.9	28.9	39.9
	Vacinação	28.10	28.10	39.10
	Não Realiza	28.13	28.13	39.13
Temas de educação em saúde na unidade	Planejamento familiar	20.4	20.4	26.4
	Aleitamento	20.5	20.5	26.5
	Bucal	20.10	20.10	26.10
	Obesidade	20.12+20.13	20.12+20.13	26.14
	At. Física	20.14	20.14	26.15
	Meio Ambiente	20.15	20.15	26.16
	Violência	20.17	20.17	26.18
	Posse Responsável de Animais	20.21	20.21	26.22
	Não Realiza	20.23	20.23	26.25
Temas de educação em saúde na comunidade	Planejamento Familiar	19.4	19.4	24.4
	Aleitamento	19.5	19.5	24.5
	Bucal	19.6	19.6	24.6
	Obesidade	19.8+19.9	19.8+19.9	24.10+24.11
	At. Física	19.10	19.10	24.12
	Meio Ambiente	19.11	19.11	24.13
	Violência	19.13	19.13	24.15
	Posse Responsável de Animais	19.17	19.17	24.19
	Não Realiza	19.19	19.19	24.22
Assistência odontológica	Demanda	66.1	66.1	107.8
	Gestante	66.2	66.2	107.1
	Bebe	66.3	66.3	107.2
	6 anos	66.4	66.4	107.3
	Escolar	66.5	66.5	107.4
	Pronto Atendimento	66.7	66.7	107.6
	Não	66.9	66.9	107.10
Atividades da saúde bucal	Clínica	67.1	67.1	108.1
	Uni	67.2	67.2	108.3
	Escolares	67.3	67.3	108.4
	Creche	67.4	67.4	108.5
	Não	67.6	67.6	108.8
Ações programadas pré-natal	Oferta pré-natal	38.4	32.1	49.1
	Grupo Gestante	20.6	20.6	29.3
Exames solicitados no pré-natal	Sífilis (vdrl+fta)	40.4+40.5	40.5+40.6	59.9
	Tipagem Sanguinea	40.6	40.7	59.6
	HIV	40.7	40.8	59.11
	Rubéola	40.8	40.9	59.12

	Toxoplasmose	49.9	40.10	59.13
	Hepatite B	40.10	40.11	59.14
	Não Solicita	40.19	40.21	59.24
Número de solicitação sífilis	1 vez	41.1+41.3	41.1+41.3	QUADRO 59.9
	2 Vezes	41.2+41.4	41.2+41.4	
	Não Sabe	41.5	41.6	
Tratamento sífilis em gestante	Gestante e Parceiro	42.1	42.1	62.1
	Encaminha Gestante e Parceiro	42.2	42.2	62.3
	Só Gestante	42.3	42.3	62.2+62.4
	Não Trata	42.4	42.4	62.5
Ocorrência de sífilis	Sim	46.1	46.1	67.1
	Não	46.2	46.2	67.2
	Não Sabe Informar	46.3	46.3	67.3
Procedimento médico e de enfermagem	Vacinação	7.1	7.1	33.1
	Inalação	7.2	7.2	33.2
	Intramuscular	7.9	7.9	33.9
	Não Realiza	7.14	7.14	33.15
Ações programadas para criança	Aleitamento	51.1	47.1	70.3
	Desnutrição e Obesidade	51.2+51.3	47.3+47.4	70.6
	IRA	51.4	47.5	70.15
	Violência	51.6	47.7	70.19
	Programas Sociais	51.7	47.8	70.14
	Vacinação	52.2	52.2	70.7
	Identificação de Alterações	52.4	52.4	70.11
1º Agendamento do RN	Maternidade	48.1	48.1	72.2
	Demanda	48.3	48.3	72.3
	Pré-Natal	48.4	48.4	72.4
	SMS	48.5	48.5	72.5
	Visita	48.6	48.6	72.6
	Não Agenda	48.7	48.7	72.7
Não atende criança		48.8	48.8	72.8
		50.8	50.8	73.5

Fonte: QualiAB, 2007; 2010; 2014

Anexo 8 - Relação das 106 alternativas de saúde da criança que integram o instrumento QualiAB (2014) e a indicação das 76 selecionadas para compor os indicadores de qualidade organizacional da saúde da criança nos 151 serviços de APS do interior paulista, QualiAB, 2014.

DOMÍNIO	SUBDOMÍNIO	QUESTÃO	VARIÁVEIS - 2014	%	SITUAÇÃO
Recursos básicos	Estrutura, insumos e procedimentos básicos	122.4	Formação continuada na atenção à saúde da criança	44,4%	Permanece
		10.1+10.2F	Disponibilidade de clínico geral ou Médico de família fixo na unidade	86,1%	Permanece
		10.3F+10.3V	Disponibilidade de Médico pediatra fixo e/ou volante na unidade	59,6%	Permanece
		10.7F	Disponibilidade de Enfermeiro fixo na unidade	96%	Permanece
		10.16F	Disponibilidade de Agente Comunitário de Saúde fixo na unidade	62,9%	Permanece
		108.8_inv	Disponibilidade de equipe de saúde bucal (resposta invertida)	85,4%	Permanece
		33.2	Disponibilidade de Inalação	89,4%	Permanece
		33.4	Coleta de material para exames laboratoriais	62,3%	Permanece
		36.2	Coleta de material para o Teste do pezinho	64,2%	Excluída
		33.7	Disponibilidade de hidratação por via venosa	46,4%	Permanece
		33.9	Disponibilidade de aplicação de tratamento intramuscular	86,1%	Excluída
		33.12	Disponibilidade de aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)	37,1%	Permanece
		40.2	Disponibilidade de medicamentos essenciais para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	94%	Excluída
		40.5	Disponibilidade de antibióticos mais utilizados	94%	Excluída
Promoção	Educação em Saúde com foco na criança	30.1	Ações educativas sobre alimentação saudável em instituições para crianças	46,4%	Permanece
		70.6	Ações educativas sobre alimentação saudável em consulta	81,5%	Permanece
		70.3	Ações educativas sobre aleitamento materno na consulta da criança	92,7%	Excluída
		113.4	Orientação e acompanhamento do cartão de vacina realizados por auxiliar/técnico de enfermagem	91,4%	Excluída
		30.2	Ações educativas sobre vacinação em instituições para crianças	75,5%	Permanece
		30.3	Ações educativas sobre saúde bucal em instituições para crianças	63,6%	Permanece
		30.4	Ações educativas sobre higiene pessoal em instituições para crianças	47,0%	Excluída

		30.5	Ações educativas sobre infecções parasitárias em instituições para crianças	59,6%	Permanece
		30.6	Orientações para avaliação de acuidade visual em instituições para crianças	31,8%	Permanece
		30.7	Orientações para avaliação de acuidade auditiva em instituições para crianças	10,6%	Excluída
		30.8	Ações educativas sobre prevenção de acidentes em instituições para crianças	12,6%	Permanece
		70.16	Ações educativas sobre prevenção de acidentes em consulta	43,0%	Permanece
		30.9	Ações educativas sobre estímulos neuropsicomotor em instituições para crianças	5,3%	Excluída
		30.10	Ações educativas sobre saúde e meio ambiente em instituições para crianças	20,5%	Permanece
		30.11	Ações educativas sobre posse responsável de animais em instituições para crianças	4,6%	Excluída
		30.13+30.14	Ações educativas sobre exclusão social e discriminação em instituições para crianças	12,6%	Permanece
		30.15	Ações educativas sobre situações de violência em instituições para crianças	14,6%	Permanece
		30.16	Ações educativas contra o trabalho infantil em instituições para crianças	4,6%	Excluída
		30.17	Ações educativas sobre Sexualidade e educação sexual em instituições para crianças	24,5%	Permanece
		70.17	Ações educativas sobre sexualidade e educação sexual em consulta	33,1%	Permanece
		30.18	Ações educativas contra a prostituição infantil em instituições para crianças	13,2%	Excluída
		26.8	Ações educativas sobre crescimento e desenvolvimento infantil na unidade	29,8%	Excluída
	Educação em saúde com foco na gestação	29.3+29.4	Grupos periódicos de educação em saúde para gestantes, parceiros e familiares, ou somente para gestantes	45,0%	Permanece
		29.6	Visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade como estratégia de educação em saúde para gestantes	31,1%	Permanece
		26.4	Ações educativas sobre planejamento reprodutivo na unidade	31,1%	Permanece
		24.4	Ações educativas sobre planejamento reprodutivo na comunidade	49%	Permanece
		24.5	Ações educativas sobre aleitamento materno na comunidade	49%	Permanece

Prevenção		60.12+65.4+66.4	Ações educativas sobre aleitamento materno na consulta de pré-natal ou puerpério	92,7%	Excluída
		26.6	Ações educativas sobre gestação e parto na unidade	34,4%	Permanece
		26.7	Ações educativas sobre gestação na adolescência na unidade	13,2%	Permanece
	Vigilância à Saúde da criança	39.3	Convocação de faltosos com Resultado de exame alterado	74,2%	Permanece
		39.7+39.8	Convocação de Crianças até dois anos ou em seguimento na puericultura faltosas	41,7%	Permanece
		39.9	Convocação de Crianças de risco faltosas	47,7%	Permanece
		39.10	Convocação de faltosos na Vacinação	76,8%	Permanece
		70.1	Avaliação dos parâmetros de crescimento	94%	Excluída
		70.9+70.10	Registro do seguimento no prontuário e nacaderneta da criança	38,4%	Permanece
		70.12	Ações de vigilância de trabalho infantil	11,3%	Permanece
		70.7	Planejamento e regularidade na vacinação de crianças	87,4%	Excluída
		114.12	Captação de crianças menores de um ano realizada por ACS	54,3%	Permanece
		114.13	Busca ativa para vacinação realizada por ACS	57,6%	Permanece
	Vigilância à saúde do recém-nascido	39.6	Convocação de Recém-nascidos de risco faltosos	62,3%	Permanece
		72.1+72.2+72.4+72.5	Agendamento do primeiro atendimento do RN programado	62,3%	Permanece
		72.6	Primeiro atendimento do RN é realizado durante visita domiciliar, sem agendamento prévio	20,5%	Permanece
		70.2	Ações educativas sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o RN em consulta	90,1%	Excluída
	Vigilância à gestação	35.3	Realização do Teste de gravidez na urina	84,1%	Permanece
		56.1	As primeiras ações de pré-natal são realizadas imediatamente após o diagnóstico	47,0%	Permanece
		114.11	Captação de gestantes para inscrição no pré-natal realizada por ACS	57,6%	Permanece
		60.8	Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante (com preenchimento da Ficha Perinatal)	78,1%	Permanece
		39.1	Convocação de Gestantes faltosas	77,5%	Permanece
		60.9	Vacinação das gestantes (tétano e hepatite B)	88,7%	Permanece

		59.6+59.7+59.12+59.13+59.14+59.17	Solicitação de tipagem sanguínea, fator RH, ferro sérico e sorologia para Rubéola, Toxoplasmose e hepatite B para gestantes	46,4%	Permanece
		59.8+59.9	Solicitação de Teste rápido ou Sorologia para sífilis como exame de rotina para gestantes	54,3%	Permanece
		59.10+59.11	Solicitação de Teste rápido ou Sorologia para HIV como exame de rotina para gestantes	53,6%	Permanece
		60.11	Identificação das gestantes de alto risco durante o pré-natal	82,1%	Permanece
		61.4	Encaminhamento de gestantes de alto risco para serviço de referência mantendo acompanhamento na unidade	35,8%	Permanece
		62.1	Oferta de tratamento da sífilis na Unidade para gestante e parceiro	50,3%	Permanece
		63.3	Realiza pré-natal de gestantes HIV em serviço de referência mantendo acompanhamento na Unidade	57,0%	Permanece
		60.14	Grupos educativos para gestantes adolescentes	41,7%	Permanece
		60.3	Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas é abordado nas consultas de pré-natal	78,1%	Permanece
		60.4	Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto é abordado nas consultas de pré-natal	66,2%	Permanece
		60.5	Avaliação das condições de trabalho da gestante é abordado nas consultas de pré-natal	41,1%	Permanece
		60.7	Orientação e estimulação sobre os benefícios do parto fisiológico em consultas de pré-natal	54,3%	Permanece
		60.10	Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico é abordado nas consultas de pré-natal	81,5%	Excluída
Assistênci a	Crescimento e desenvolvimento integral	107.2	Assistência odontológica para Bebês	33,1%	Excluída
		107.3	Assistência odontológica para todas as crianças com até 6 anos	43,0%	Permanece
		107.4	Assistência odontológica para crianças em idade escolar	57,0%	Permanece
		70.5	Avaliação em consulta do perímetro cefálico (menores de 1 ano)	70,9%	Permanece
		70.8	Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor	60,3%	Permanece
		70.18	Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental infantil	43,7%	Permanece
		70.15	Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA)	56,3%	Permanece

		70.11	Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala)	68,2%	Excluída
		71.2	Atenção à criança no Domicílio	31,8%	Permanece
		71.3	Atenção à criança em Instituições para crianças	55,6%	Permanece
		71.4+71.5	Atenção à criança em Reuniões de bairro ou Programas Sociais	28,5%	Excluída
		65.8+65.9	Condições de nascimento e orientações sobre cuidados básicos e atendimento de rotina do RN são abordados na consulta de puerpério imediato	71,5%	Permanece
	Situações específicas e de vulnerabilidade	70.14	Orientações e encaminhamento para inscrição em Programas Sociais	86,1%	Permanece
		65.7+65.6	Condições sócio familiares e/ou de psicoemocionais são abordadas na consulta de puerpério	51,0%	Permanece
		70.4	Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV)	39,1%	Permanece
		70.19	Identificação e acompanhamento de situações de violência	37,7%	Permanece
		76.1	Detecção das situações de violência por protocolo de atendimento	12,6%	Excluída
		76.2	Detecção das situações de violência por Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas	73,5%	Excluída
		76.3+76.4	Detecção das situações de violência por relatos de outros usuários ou livre declaração dos responsáveis	76,8%	Excluída
		76.5	Detecção das situações de violência por Discussão de caso em equipe	35,1%	Excluída
		76.6	Sensibilização e capacitação da equipe para identificação das situações de violência	23,2%	Permanece
		76.7	Detecção das situações de violência por Visita domiciliar	45,7%	Excluída
		77.1+77.2	Denúncia ao Conselho Tutelar e/ou DISQUE 100 em casos de situações de violência	80,8%	Permanece
		77.3	Atendimento e acompanhamento dos pais em casos de situações de violência	36,4%	Excluída
		77.4+77.7	Encaminhamento ao NASF e/ou CRAS e CREAS em casos de situações de violência	57,6%	Permanece
		77.5	Notificação Compulsória em casos de situações de violência	34,4%	Permanece
		77.6	Atendimento interdisciplinar em casos de situações de violência	30,5%	Excluída

		77.8	Proposta de acompanhamento intersetorial em casos de situações de violência	15,2%	Excluída
TOTAL			106 variáveis totais		30 variáveis excluídas

Anexo 9 - Consentimento para utilização dos bancos de dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS QUALIAB

Como responsável pelo Questionários Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica – QualiAB, autorizo o acesso e utilização do banco de dados gerados pelas aplicações do instrumento no estado de São Paulo, por **Patricia Rodrigues Sanine**.

Essa autorização fica condicionada à citação das fontes de produção dos dados e à manutenção do sigilo sobre a identificação dos serviços de saúde e municípios participantes.

Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

Departamento de saúde Pública

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Anexo 10: Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM QUATRO ESTADOS BRASILEIROS

Pesquisador: Patricia Sanine

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34529214.6.3002.5087

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 935.124

Data da Relatoria: 25/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de avaliação da atenção básica à saúde da criança, já incluído como subprojeto na terceira versão do QualiAB. Este é um grande projeto de avaliação de diversas dimensões da atenção básica, aplicado em primeira versão no Estado de São Paulo (vinculado a fomento em edital PPSUS) em 2007, em segunda versão em 2010 no mesmo Estado em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. Esta etapa, financiada pelo CNPq (edital Universal, Processo nº 485848/2012-0) tem o objetivo de ampliar a avaliação para mais três Estados, totalizando quatro: São Paulo, Mato Grosso, Paraná e Maranhão. Serão coparticipantes do estudo quatro instituições: USP, UFMT, UEL e UFMA. Serão selecionadas 3.390 unidades básicas de saúde nos quatro Estados. Após assinatura do TCLE, seus gestores responderão a questionário online. Trinta e três itens relacionados à atenção básica à criança serão selecionados para este projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar atenção básica à saúde da criança, em termos de qualidade de organização, em quatro Estados brasileiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são pequenos, dada a natureza do estudo. As contribuições podem ser diretas (ao

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 935,124

permitir ao gestor melhor compreensão de sua atividade) e indiretas (possibilitando avaliação ampla de qualidade da atenção básica no país).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto inserido e já analisado e aprovado em outro CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados são pertinentes. Solicita-se dispensa do TCLE para este subprojeto, uma vez que os sujeitos terão assinado TCLE para o projeto maior em que ele está integralmente inserido.

Recomendações:

Não existe recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe pendências uma vez que o projeto é multicentro e já foi aprovado em outro comitê de ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO LUIS, 20 de Janeiro de 2015

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br