



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

Carolina Siqueira Mendonça

**Avaliação das ações de prevenção, detecção e
assistência às violências nos serviços de Atenção
Primária à Saúde.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Co-orientadora: Dra. Dinair Ferreira Machado

**Botucatu
2017**

Carolina Siqueira Mendonça

**Avaliação das ações de prevenção, detecção e assistência
às violências nos serviços de Atenção Primária à Saúde.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Co-orientadora: Dra. Dinair Ferreira Machado

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Mendonça, Carolina Siqueira.

Avaliação das ações de prevenção, detecção e assistência às violências nos serviços de Atenção primária à saúde / Carolina Siqueira Mendonça. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientador: Dinair Ferreira Machado
Capes: 40602001

1. Violência. 2. Atenção primária à saúde. 3. Cuidados médicos - Avaliação. 4. Saúde pública. 5. Assistência médica - Avaliação.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde; Avaliação em saúde; Violência .

“Que nada nos limite.
Que nada nos defina.
Que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja nossa própria substância”

Simone de Beauvoir

Dedicatória

Dedico essa pesquisa a humanidade, que possamos nos transformar. Que não precisemos disputar, debater, agredir, lutar, guerrear ou sobreviver, ao revés, que consigamos compartilhar, dialogar, respeitar, conciliar, conviver e viver.

Dedico, também, a Elen Rose Lodeiro Castanheira, pela coragem de me acompanhar nessa caminhada, nunca antes explorada, mas muito importante e imersa em grande conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, mulher, professora de escola pública que passou dias e noites se reinventando para as salas de aula em busca de transformações sociais. Mãe, que buscou incansavelmente dar o seu melhor. Esposa, que superou seus limites acreditando no amor. Sua dedicação às pessoas, aos seus alunos e a sua família são inspiração e referência na minha vida.

Ao meu pai, que por amor tentou se transformar mesmo sem saber por onde começar. Sua força, determinação, honestidade e garra fazem parte da minha essência. Lhe sou muito grata por isso.

Às mulheres da minha família, exemplos de força, resiliência e superação.

Aos homens da minha família, cujas trajetórias, muitas vezes breve, são representações da disponibilidade de resignificar as masculinidades.

Às crianças da minha família, meus sobrinhos, que por suas inocências, alegrias e descobertas são meus alicerces na fé na humanidade.

Aos meus avós, pelo carinho, afeto, cuidado e ensinamentos.

À TABA – Espaço de Vivência e Convivência de Adolescentes e Jovens, aos seus adolescentes e jovens e aos grandes amigos Ricardo de Castro e Silva (o Ric), à Kelly Kirner, Wislayne e Julia, companheiros de caminhada no trabalho com a violência e garantia de direitos.

Às companheiras do QualiAB e QualiAids, pela troca de experiências e saberes. Em especial à equipe QualiAB Josiane, Nadia, Olivia, Patricia e Thais. À Mariana Arantes Nasser, pela amizade inestimável que para além dos muros da Universidade foi preciosa em recomeços na minha vida.

Aos professores da Pós-Graduação da Saúde Coletiva da Unesp pelos incontáveis diálogos que contribuíram para o amadurecimento dessa pesquisa.

Aos queridos Wagner e Lu pelo carinho com qual me acolhem todos os dias no departamento. Seus sorrisos e nossas brincadeiras deixaram meus dias mais alegres e leves.

Ao Anderson, pelo amor, carinho, cuidado, compreensão e companhia em noites em claro, em dias de silêncio e em momentos de diálogos enriquecedores. Suas vitórias e conquistas são exemplo de vida.

Aos meus queridos cachorros, por esperarem e esperarem e mesmo assim serem companhias fieis e alegres, sempre dispostos a me tirar um pouquinho da cadeira para alguns momentos de lazer.

À minha co-orientadora Dinair pela paciência, pelas referências e pelo ensinamento.

Agradeço também a minha orientadora, cujos abraços são a vivência de acolhimento e afeto. Sua atenção e prontidão em receber o outro, em ouvir, em dialogar, em aprender são espelhos e transpõem as salas de aula, vão além, enriquecem e (des)constroem a vida.

RESUMO

As violências vêm se firmando como um dos mais graves problemas sociais e de Saúde Pública (OMS, 2002 *apud* BRASIL, 2008), aspecto confirmado com a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV. Por se tratar de um processo social e histórico, de conceituação complexa, de múltiplas realidades e causas, e com especificidades a serem conhecidas (MINAYO & SOUZA, 1998), seu enfrentamento depende da intersetorialidade de políticas públicas, de modo a construir articulação entre os diversos setores com efeito em ações multidisciplinares e integrais. Também, exigem o monitoramento e a avaliação constante das estratégias e dos serviços de modo a favorecer a suas consolidações e melhorias (CASTANHEIRA, 2011). Como forma de contribuir para mudanças nesse cenário das violências, essa pesquisa se propõe a mapear as estratégias de detecção das violências, de prevenção e os encaminhamentos realizados em casos de detecção de violências em crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos e pessoas portadores de deficiência, na atenção primária em saúde, na RRAS 09 do Estado de São Paulo. Essa pesquisa, de delineamento transversal, se contextualiza na prática e cultura da avaliação de serviços e programas de saúde, particularmente no tema de avaliação da qualidade de serviços da atenção primária à saúde, e tem por objeto a organização da atenção a situações de violência interpessoal desenvolvida em serviços de APS da RRAS 09 situada no Estado de São Paulo. Essa avaliação foi construída em três etapas: 1. Revisão integrativa da literatura; 2. Avaliação da implementação de práticas de enfrentamento a violência interpessoal em serviços de APS da RRAS09. Os resultados dessa avaliação demonstram uma heterogeneidade com relação tanto aos tipos de serviço auto identificados, quanto as formas de gerenciamento local e quanto a oferta de atenção prestada. As características das unidades e de seus contextos, somadas as respostas, analisadas por meio dos gráficos do *boxplot*, demonstram o processo de atenção a violência ainda no início e com muitos obstáculos a serem vencidos e, que novas análises por meio de outros recursos, podem somar identificando as possíveis interferências na qualidade da atenção e correlações entre os domínios.

Palavras chave: Violência; Atenção Primária em Saúde; Avaliação em Saúde

ABSTRACT

Violence has been established as one of the most serious social and public health problems (WHO, 2002 apud BRASIL, 2008), confirmed by the implementation of the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality by Accidents and Violence (PNRMAV). Because it is a social and historical process, of complex conceptualization, of multiple realities and causes, and with specificities to be known (MINAYO & SOUZA, 1998), their confrontation depends on the intersectoriality of public policies, in order to build articulation among the Several sectors with effect in multidisciplinary and integral actions. They also require constant monitoring and evaluation of strategies and services in order to promote their consolidations and improvements (CASTANHEIRA, 2011). As a way to contribute to changes in this scenario of violence, this research proposes to map the strategies for detection of violence, prevention and referrals made in cases of detection of violence in children, adolescents, women, men, the elderly and people with Primary health care, in the RRAS 09 of the State of São Paulo. This cross - sectional research is contextualized in the practice and culture of the evaluation of health services and programs, particularly in the area of evaluation of the quality of primary health care services, and its purpose is the organization of attention to situations of interpersonal violence Developed in APS services of RRAS 09 located in the State of São Paulo. This evaluation was built in three stages: 1. Integrative literature review; 2. Evaluation of the implementation of practices of coping with interpersonal violence in the PHC services of RRAS09. The results of this evaluation demonstrate a heterogeneity with regard to both self-identified types of service and the forms of local management and the provision of care. The characteristics of the units and their contexts, together with the responses analyzed through the boxplot graphs, demonstrate the process of attention to violence that is still at the beginning and there are many obstacles to be overcome and that new analyzes through other resources , May add up identifying possible interferences in the quality of attention and correlations between domains.

Keywords: Violence; Primary Health Care; Health Assessment

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Composição do universo estudado	40
Tabela 2 –	Distribuição da participação dos municípios segundo CIR. RRAS 09, QualiAB 2014.....	70
Tabela 3 –	Proporção de serviços participantes por município. RRAS 09, QualiAB 2014..	71
Tabela 4 –	Grupos populacionais presentes nos territórios de abrangência das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB, 2014.....	74
Tabela 5 –	Períodos de funcionamento das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB, 2014.....	75
Tabela 6 –	Programas de provisão de profissionais de nível universitário segundo frequência e proporção de serviços contemplados. RRAS 09, QualiAB, 2014..	75
Tabela 7 –	Mecanismos de relacionamento entre serviço e nível central. RRAS 09, QualiAB, 2014.	77
Tabela 8 –	Obstáculos apontados pelas unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB 2014.....	78
Tabela 9 –	Relação de indicadores de Promoção de Saúde e Garantia de Direitos que Reduzem Riscos e Vulnerabilidades, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.	79
Tabela 10 –	Relação de Indicadores de Prevenção a Situações de Violência, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.	83
Tabela 11 –	Relação de indicadores de investigação de risco e vulnerabilidades, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.	86
Tabela 12 –	Indicadores de Acesso, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.	88
Tabela 13 –	Indicadores de Capacitação e Educação Permanente, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.....	90
Tabela 14 –	Indicadores de detecção da violência interpessoal, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.....	91
Tabela 15 –	Indicadores de assistência a situações de violência interpessoal, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.	92
Tabela 16 –	Descrição da frequência e proporção dos indicadores de trabalho em rede.....	93
Tabela 17 –	Descrição dos grupos de qualidade para o domínio 1: Prevenção da violência interpessoal.....	95
Tabela 18 –	Descrição dos grupos de qualidade para o domínio 2: Condições para acolhimento	96
Tabela 19 –	Descrição dos grupos de qualidade para o domínio 3: Atenção a situações de violência interpessoal	98

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Quadros

Quadro 1 – Categorias de análise da dimensão Atenção a saúde voltada a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal na atenção básica (AB) - QualiAB 2014.	44
Quadro 2 – Relação das variáveis descritivas	45
Quadro 3 – Relação de indicadores do Domínio Prevenção da violência interpessoal	174
Quadro 4 – Relação dos indicadores do domínio Condições para Acolhimento	180
Quadro 5 – Relação dos indicadores do domínio Atenção a Situações de Violência Interpessoal.....	182

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Tipo de unidade segundo autoidentificação dos serviços. RRAS 09, QualiAB 2014.....	72
Gráfico 2 – Gestão administrativa das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB 2014.....	73
Gráfico 3 – Localização Geográfica unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB 2014.	74
Gráfico 4 – Formação profissional dos responsáveis pela gerência local das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB, 2014.....	76
Gráfico 5 – Representação dos clusters do domínio 1: Prevenção da violência. RRAS 09, QualiAB, 2014.	95
Gráfico 6 – Representação dos clusters do domínio 2: Condições para acolhimento. RRAS 09, QualiAB, 2014.	96
Gráfico 7 – Representação dos clusters do domínio 3: Atenção a situações de violência interpessoal. RRAS 09, QualiAB, 2014.....	97

Lista de Figuras

Figura 1 – Mapa da RRAS09 segundo municípios (2012).....	36
Figura 2 – Distribuição dos municípios por intervalos populacionais, São Paulo, 2010	37
Figura 3 – Distribuição dos municípios com relação os índices de responsabilidade social ...	38

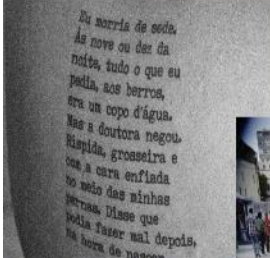
LISTA DE ABREVIATURAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTENCIA SOCIAL
CREAS	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA SOCIAL
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
IPEA	INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA
LOAS	LEI ORGÂNICA DA ASSISTENCIA SOCIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
PNRMAV	POLITICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
RRAS	REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
SES/SP	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
SIM	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE
SINAN	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SMS	SECRATARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	14
1.1	Considerações iniciais	14
1.2	A violência enquanto problema de saúde	17
1.3	A Importância da APS no Enfrentamento da Violência	22
1.4	A violência enquanto objeto de trabalho na APS	24
1.5	Conceitos e princípios norteadores	27
1.6	Tipificação da Violência	27
1.7	Riscos e Vulnerabilidades e Garantias de Direitos	28
2	OBJETIVOS	30
2.1	Objetivos Gerais	30
2.2	Objetivos Específicos	30
3	MÉTODOS	32
3.1	1ª etapa: Revisão da Literatura	32
3.2	2º etapa: Avaliação dos serviços de APS da RRAS09 para práticas de enfrentamento a violência interpessoal	33
3.2.1	O instrumento de coleta de dados - QualiAB	34
3.2.2	A coleta de dados	34
3.2.3	Local do estudo	35
3.2.4	A população da pesquisa	39
3.2.5	Método da Avaliação	42
3.2.6	Análise dos dados	45
3.2.7	Aspectos éticos da pesquisa	46
4	RESULTADOS	48
4.1	Violência e atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. (Artigo aplicado à Revista Ciência e Saúde Coletiva, em análise para aprovação)	48
4.2	Caracterização dos resultados a partir da contextualização dos serviços	70
4.2.1	Caracterização das ações de atenção a saúde voltadas a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal desenvolvidas pelos serviços de APS da RRAS09, em 2014	78
4.2.2	Grupos de qualidade dos serviços de APS na atenção a saúde voltada para a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal	94
4.2.3	Análise e discussão dos dados	98
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	106
	ANEXOS	111

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA



“O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. Em uma escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade, ela nos oprime com seu legado de destruição em massa, de violência imposta. Mas esse legado – resultado de novas tecnologias a serviço de ideologias de ódio – não é o único que carregamos, nem devemos enfrentar.

Menos visível, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, pessoas idosas maltratadas por aqueles que são os responsáveis pelos seus cuidados, jovens oprimidos por outros jovens e pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias. Este sofrimento – e há muitos outros exemplos que eu poderia citar – é um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade está imune à violência, mas, também, não estamos impotentes diante dela.

Na ausência da democracia, respeito pelos direitos humanos e um bom governo, a violência prospera. Frequentemente conversamos sobre como uma ‘cultura da violência’ pode criar raízes. Isso, de fato, é uma verdade. (...)

Muitos dos que convivem com a violência dia após dia assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser modificadas. Em meu próprio país e em todo o mundo, temos exemplos notáveis de como a violência tem sido combatida. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença.

(...)

Nelson Mandela – in Relatório mundial sobre violência e saúde – OMS – pg.9 – Preâmbulo, 2002

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 Considerações iniciais

A violência vem se mostrando cada dia mais presente na vida das pessoas. Talvez ela tenha caminhado lado a lado com as experiências da(s) humanidade(s)¹ e das sociedades, contudo na atualidade apresenta-se como um fenômeno de grande magnitude, importância e complexidade, cujos impactos podem ser vistos pelo mundo todo, onde, anualmente mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas para a violência (OMS, 2002) e, outras tantas, vivenciam dores e sofrimentos impossíveis de serem calculados (MINAYO, 1998). A gravidade dessas consequências, visíveis e invisíveis, se traduz em lesões e adoecimentos que conduzem a muitos gastos anuais com assistência à saúde no mundo todo e, em bilhões de dólares americanos com ações punitivas, cumprimento das leis e perdas de investimentos econômicos em decorrência do trabalho perdido (OMS, 2002).

Esse fenômeno existe, ganha significado, sentido, proporção, produz e se reproduz nas relações socioculturais, sendo, pois, responsabilidade de todos nós. Colaboramos com a violência e a fortalecemos quando reproduzimos agressões ou modos de viver violentos, de outro modo, a enfraquecemos e reduzimos suas expressões, manifestações e agravos quando produzimos formas de viver mais solidárias, dialogadas e colaborativas, onde as diferenças são riquezas a valorizar. Mudar essa triste realidade requer (re)conhecê-la e transformar a nós mesmos e nossas relações.

A escolha da violência como objeto de pesquisa advém dessas características que a compõe, complexas, desafiadoras e, principalmente, mutáveis. Também, porque ela foi “parceira íntima” do meu trabalho por 15 anos. A maior parte da minha vida profissional foi inserida em instituições e comunidades com pessoas marcadas pela violência e pelo medo. Assim, o Hospital Cândido Ferreira, os abrigos para adolescentes femininos e masculinos, as comunidades inseridas em área de tráfico, as Fundações Casa de Campinas, a Taba, ONG parte da rede de atenção a situações de violência de Campinas e parceira do poder público no trabalho com adolescentes autores de violência sexual, além do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS e a Atenção Primária a Saúde - APS são exemplos do meu caminho, onde o cuidado com pessoas em situações de violência e a luta pelo seu enfrentamento foi constante.

¹ Diz respeito as experiências vividas dos seres humanos.

Nesses espaços a presença da violência, ora visível: como ato de violência em si e como objeto de ações de prevenção e enfrentamento; ora invisível: como prática de ordem; de contenção; de disciplina; de contexto social, econômico e cultural, era persistente e resistente em se constituir e se concretizar em modos de viver, de conviver, de (re)significar, e sentir o mundo.

Nesses poucos anos, foi possível experienciar com intensidade as composições de precarização da vida que a violência impõe. Essas marcas do vivido tem efeitos importantes sobre a mortalidade, a morbidade e a expectativa e qualidade de vida da população (BRASIL, 2008), além de conceberem expressões, produções e reproduções humanas envolvidas em dores e sofrimentos incalculáveis.

Se de um lado vivemos nesse cenário triste e preocupante, de outra forma, esse mesmo contexto demonstra que a violência não precisa ser aceita pelas pessoas e pelo mundo como condição posta e inevitável. A violência pode ser evitada, seus impactos podem ser reduzidos e a mudança precisa do protagonismo de todos. Nesse sentido, essa pesquisa e essa pesquisadora se unem a outras produções científicas sobre essa temática para dar sua contribuição.

O presente trabalho integra o campo de pesquisa em avaliação de serviços e programas de saúde, tem como objetivo mais geral caracterizar as ações em saúde implementadas em serviços de atenção primária a saúde (APS) que somam esforços com outros setores no enfrentamento do fenômeno da violência. Esse enfrentamento ultrapassa aqui, assim como nas políticas nacionais vigentes (BRASIL, 2005, 2006, 2011) o embate ou combate, vai além, faz referência ao conjunto de estratégias e ações ampliadas que se articulam com foco no todo, na complexidade da violência e em todas as suas expressões.

O trabalho é composto por uma revisão integrativa da literatura que buscou retratar a literatura nacional sobre as ações de enfrentamento da violência em serviços de atenção primária e pela análise de material empírico que avalia as ações desenvolvidas em unidades básicas de saúde localizadas em municípios do centro oeste paulista.

Desse modo, para abordar o enfrentamento da violência foram valorizadas as ações intrasetoriais e intersetoriais dos serviços de APS, que visam a desconstrução de desigualdades e que se coloquem frente à discriminação e aos padrões sexistas. Valorizou-se também, ações que provoquem a redução de riscos e vulnerabilidades, além de empoderamento da população e garantia de acesso à assistência integral e continuada em situações de violência. As diretrizes que nortearam essa pesquisa orientaram a definição do agrupamento de ações em três grandes conjuntos: promoção à saúde, prevenção a situações de violência e assistência a situações de violência.

Parte I

Atenção para Enfrentamento da Violência na APS

*“Mais do que máquinas precisamos de humanidade.
Mais do que do que inteligência precisamos de afeição e doçura.
Sem essas virtudes a vida será de violência e tudo estará perdido”*

Charles Chaplin

1.2 A violência enquanto problema de saúde

A origem da palavra violência vem do latim e faz referência ao termo *vis* que significa vigor, potência, intensidade e uso de força física. Nas sociedades greco-romanas violência significava transgredir ou usar de força para mudar o curso natural das coisas.

A partir dessa etimologia muitos especialistas fizeram esforços para conceituá-la. Assim, Michaud, 1989, por exemplo, afirma que a violência se configura na ação de atores que direta ou indiretamente, causam danos a outros seja de modo físico, moral, simbólico e cultural ou por meio de bens patrimoniais. De mesmo modo, Zaluar, 1999, explora a origem da palavra em latim e traduz a violência na percepção da transgressão dos limites ou acordos e regras que ordenam as relações sociais variando, pois, culturalmente.

Já na atualidade, Minayo, 2006, para apresentar a violência, faz um caminho que vai desde a origem da palavra no latim, passando pela visão popular, onde a violência é sinônimo de criminalidade e delinquência, até a visão erudita a qual é pensada como ausência ou negação de direitos e instrumento de poder.

Esses ensaios mostram que ao longo dos anos o conceito de violência foi se modificando, tomando novos contornos temporais e espaciais, chegando a incorporar a individualidade inerente a cada pessoa, representada pela subjetividade, percepção humana e experiência, no campo do vivido, de situações de violência. E, apesar de ainda hoje não haver consenso quanto a sua origem uma vez que envolve a agressividade humana, é possível assegurar que ela caminha, historicamente e socioculturalmente, além de se concretizar nas relações e em lutas, não podendo ser dissociada da condição humana ou da ordem do vivido que se assentou, principalmente, nos domínios da segurança pública.

Assim, se voltarmos no tempo, as primeiras ações frente à violência vieram do âmbito jurídico: em 1930, por exemplo, foi normatizado o Código Criminal do Império; em 1871 instituiu-se a Lei do Ventre Livre e 1888 promulgou-se a Lei da Aurea. Um pouco mais adiante, no Autoritarismo Populista (1930 – 1945) observamos um pouco de avanço estatal na legislação referente a proteção das condições físicas e morais para crianças. De mesmo modo, na Democracia Populista (1945 – 1964) houve uma manutenção do aparato legal, mas com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) o contexto da violência começa a englobar, além da contenção e repressão, o caráter protetivo e humanizado. Já nos anos da Ditadura Militar (1964 – 1985) os principais marcos históricos contradizem as recomendações e convenções internacionais que avançavam e voltam a reafirmar estratégias de controle e repressão. Datam dessa época, por exemplo, a

diminuição da idade penal para 16 anos (Lei nº 5.258) e para o trabalho infantil (1ª Constituição Brasileira). Os maiores avanços e a expansão da violência para outros setores públicos vieram apenas no período de Redemocratização (1985 – 2016).

A maior parte das mudanças podem ser vistas do final da ditadura militar até hoje, onde é crescente a inserção social de novos padrões políticos, jurídicos e sociais que faz ganhar força a expansão da moral democrática, humanizada e de proteção. Se ao longo desses anos a legislação progrediu incorporando novos conhecimentos, foi por meio do avanço e uso de informações estatísticas e epidemiológicas de mortalidade, morbidade e gastos públicos que surge a sustentação de que a violência não pode ser enfrentada pela violência do controle e contenção dos corpos (FOUCAULT, 2004), ao contrário, ela exige a consolidação de estratégias setoriais, intersetoriais e humanizadas de atuação.

Nesse sentido, se nesses anos a violência permaneceu no interior da competência jurídica, seu enfrentamento ganhou importantes aliados como a Assistência Social, a Educação e a Saúde. Assim, a Constituição Cidadã de 1988; o Protocolo de San Salvador (1988); a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças (1989); O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990); a Lei Orgânica da Saúde (1991), a Lei Orgânica da Assistência Social (1993); a Convenção de Belém do Pará (1994), a Política Nacional de Assistência Social (1998), a Política Nacional de Saúde de Pessoa Portadora de Deficiência (1999); a Lei da Notificação Compulsória (2003); o Estatuto do Idoso (2003) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Mulher; o Plano Nacional para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2005); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006); a Lei Maria da Penha (2006); a Política Nacional da Atenção Básica (2006); a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV (2006); o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência (2007); a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2009); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009); o Pacto pela Saúde (2010), o Programa mulher Viver sem Violência (2012) são exemplos de marcos históricos importantes que redefinem a violência como pauta, contexto, preocupação e objeto de trabalho de novas áreas do conhecimento, além de representarem a importância do diálogo entre os diversos setores públicos.

Essa diversidade de políticas e pactos demonstram que a violência é um grave problema social. E, mais, estudos sobre a violência, descritos a seguir, sugerem que não existem grupos populacionais isentos da violência. Sua força e magnitude pode ser observada em todos os grupos onde não só a presença de violências, como também seus impactos são frequentes.

Assim, o relatório das Nações Unidas de 2016, que tem como propósito monitorar as metas para o desenvolvimento sustentável até 2030, demonstra que a América Latina se manteve como a região de maior concentração de países com a mais alta incidência de mortes por violência e armas de fogo no mundo. Este mesmo levantamento aponta o Brasil como sendo o país que concentra o maior número de casos, acumulando 50.108 pessoas vítimas de homicídio no país, no ano de 2012, representando 25,2 mortos para cada 100 mil habitantes (ONU, 2016).

O relatório vai além ao analisar este cenário, afirmando que o homicídio e a violência coletiva representam 10% das causas de morte em todo o mundo, sendo a estimativa para o ano de 2012 de 475.000 mortes por homicídios. Destes homicídios, 80% das vítimas são homens, em sua maioria entre 15 a 49 anos, enquanto 38% representam mortes de mulheres em decorrência de violência por parceiro íntimo (ONU, 2016).

Se o cenário mundial é preocupante, a situação do Brasil não é diferente. Dados produzidos em território nacional reforçam a tese de que a violência na realidade brasileira é de significativa magnitude, gravidade e importância. Não obstante, o Mapa da Violência de 2016, aponta que a morte de mulheres nas Unidades Federativas do Brasil passou de 3.937, em 2003, para 4.762 mortes em 2013, representando um aumento de 21% em 10 anos. Atualmente, 13 mulheres são mortas diariamente (WAISELFISZ, 2016)

Ainda sobre as mulheres, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2016), no período de 2001 a 2011 estima que ocorreram mais de 50 mil mortes de mulheres por ano, o correspondente a 5.000 homicídios de mulheres anualmente. Outras estimativas são apresentadas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), onde foram registrados entre 2009 e 2011, 13.071 feminicídios, o equivalente a 4,48 óbitos por 100.000 mulheres (BRASIL, 2013). O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) também apresenta dados que corroboram com o que foi dito anteriormente, onde 37,8 mil mulheres, entre 20 e 59 anos, precisaram de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) por terem sido vítimas de algum tipo de violência. Essa realidade de violência representou aos cofres públicos em 2011 um gasto de R\$ 5,3 milhões somente com internações, totalizando 5.496 mulheres internadas (BRASIL, 2013). Achados semelhantes, produzidos por pesquisas acadêmicas voltadas para os serviços públicos na região da grande São Paulo, como Schraiber, (2007), afirmam que no Brasil 40% das usuárias relataram violência física pelo menos uma vez na vida, apresentando uma pior avaliação de sua saúde.

Para o grupo das mulheres a literatura acrescenta que essa expressão máxima da violência, qual seja a morte, está intimamente relacionada à conflitos de gênero e perpetrada por parceiro íntimo (MATHIAS et al., 2013)

Em se tratando de outros grupos populacionais, os achados das pesquisas também se mostram inquietantes. Considerando que a vulnerabilidade se coloca como fator essencial para a instalação da condição de violência, crianças e adolescentes passam a representar um público suscetível a tal fenômeno, na medida em que a violência produz agravos e complicações para a saúde, sejam elas imediatas ou de longo prazo, (BRASIL, 2010; KRUG et al., 2002). A maior compilação existente de dados sobre violência contra crianças e adolescente, realizado pela UNICEF, demonstrou a amplitude dos abusos físicos, sexuais e emocionais baseados em atitudes que perpetuam a violência, mantendo-as, tal como a maior parte da violência contra mulheres, no campo do indizível, do velado, do privado e do invisível (UNICEF, 2014)

Este relatório denuncia que em todo o mundo, cerca de 120 milhões de meninas foram forçadas a ter relações sexuais ou praticar outros atos sexuais, o que equivale a aproximadamente 1 menina para cada 10. Para as adolescentes mulheres o relatório diz que 1 em cada 3 adolescentes das 84 milhões de adolescentes, que já estavam casadas entre 15 e 19 anos de idade, foram vítimas de violência doméstica. Com relação às mortes por violência, crianças e adolescentes representam um quinto das vítimas de homicídio em todo o mundo, sendo no Brasil a principal causa de morte de crianças na atualidade (UNICEF, 2014).

E não é de agora que os indicadores são preocupantes, voltando para o ano de 2010 as causas externas representaram mais da metade do número de óbitos de crianças e adolescentes em todo Brasil (WASELFISZ, 2014). Todavia, quando a violência contra a criança e adolescente não incorre em óbito, ela não deixa de ser um fato socialmente grave. Em estudo sobre notificações de violência contra crianças no Brasil, Assis et al. (2012), afirma que a faixa etária de 0-19 anos correspondia a 42,3% das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências no ano de 2010.

Dados mais recentes do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde para o ano de 2013, sobre indicadores de violências em crianças menores de 10 anos, apontam que a negligência com 43,1% e a violência física com 33,3%, representaram as violências mais frequentes registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificações – SINAN. Para os adolescentes, a violência física representou 65,3% dos casos de notificação.

Outrossim, se por um lado a violência contra mulheres, crianças e adolescentes tem suscitado pesquisas, gerando informações de extrema relevância tanto para a formulação de políticas públicas, adoção de medidas de prevenção e proteção para esses grupos populacionais,

o mesmo não se verifica em relação às pessoas idosas e pessoas com alguma deficiência. Existe uma considerável carência de dados sobre violência contra pessoas com deficiência no Brasil e no mundo. A Secretaria Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiência, na contramão dessa realidade, se constitui em uma das fontes de dados confiáveis sobre violência. De acordo com indicadores disponíveis, o serviço *Disque 100* recebeu 12.454 denúncias de violência contra a pessoa com deficiência no último ano. Este relatório, aponta que a violência contra a pessoa com deficiência cresceu 20,54% nos últimos anos e que 80% da violência contra a pessoa com deficiência ocorre dentro da própria casa da vítima (SEDPCD, 2016). A mesma Secretaria Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiência, ainda em 2013, apontou como sendo a negligência a forma de violência mais prevalente para esse público, com 32% das denúncias no *Disque 100*, seguida da violência psicológica com 29% (SEDPCD, 2013).

E muito embora, do ponto de vista epidemiológico, a violência contra os idosos seja um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil, com poucos dados estatísticos de referência, a vitimização dos idosos, igualmente, se apresenta como um fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações facilmente reconhecidas (BRASIL, 2005). Seus agravos produzem consequências danosas para a pessoa idosa, acarretando em prejuízo na qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões, traumas e aumento de morbidades e mortalidades associadas.

Não menos importante que os grupos populacionais citados anteriormente, o grupo representado pelos homens jovens e adultos se caracteriza por apresentar maior vulnerabilidade frente à violência. Nesse sentido, mais vulneráveis às violências e crimes, como agressor ou como vítima, os dados do DATA/SUS demonstram que em 2011, 87% das mortes por homicídios no Brasil são de homens entre 15 e 59 anos e a Fiocruz revela que 87% dos crimes violentos são cometidos por homens (BRASIL, 2011; FIOCRUZ - CNDSS, 2008). Tal situação de violência, geralmente, está associada ao consumo exagerado de álcool e drogas, mais frequentes nesta população. Não obstante, as mortes não naturais são mais frequentes entre homens, (17,6%), do que entre mulheres, (5%), como divulgou Núcleo de Estudos de Violência da Universidade de São Paulo, ao esmiuçar as diferentes formas de vulnerabilidades, as quais os homens estão expostos. Dentre os dados do documento, quanto às informações sobre os homicídios cometidos por armas de fogo, a disparidade entre os sexos é ainda maior: 93% atingem os homens, enquanto 7% as mulheres. Em relação aos suicídios, a diferença também é considerável, 85% das ocorrências estão associadas aos homens, enquanto 15% associadas às mulheres (PERES, 2004).

Essa realidade suscita a compreensão de que as expressões da violência e seu impacto interferem no processo saúde-adoecimento e vem exigindo novas formas de abordar o problema, demandando, pois, readequação dos serviços e das agendas das políticas públicas. Essa reorganização se dá em detrimento das graves consequências da violência na mortalidade e morbidade da população, consequência essas que ultrapassam os traumas e hematomas, mas que impactam diretamente na qualidade de vida desses indivíduos, e que, portanto, necessitam de uma abordagem integral e ampliada. Desse modo, se faz necessário compreender a violência como uma demanda de promoção e prevenção para além da reabilitação ou da punição que também devem ser empenhadas.

Esse novo olhar aloca a saúde como lugar privilegiado para o trabalho de enfrentamento da violência, uma vez que ela deve ser enfrentada principalmente pela prevenção no primeiro nível de atenção, ou seja, na Atenção Primária em Saúde. (PORTO, 2014; SIGNORELLI, 2013).

É importante destacar que apesar da saúde adquirir destaque no enfrentamento da violência as contribuições da área ainda são insipientes, uma vez que, embora a violência tenha chegado às políticas públicas de saúde ela ainda é muito recente no interior das agendas da saúde e das ações de implementação dessas políticas. O primeiro passo seria, então, desvelar a violência na saúde, por meio da quebra de alguns paradigmas, que naturalizam, biologizam e medicalizam a violência e suas consequências. Para tanto, é necessário que o fenômeno seja resignificado enquanto questão sociocultural com importante e grave impacto na saúde pública e não apenas como território da saúde mental e da segurança pública. Propõe-se assim, ações ampliadas em saúde que não se restrinjam aos efeitos da violência, mas que ao contrário, sejam ações que incorporem o olhar para o indivíduo e sua visão de mundo, seus costumes, hábitos e valores adquiridos no decorrer de suas trajetórias de vida (COSTA, 2015; BORSOI, 2009)

1.3 A Importância da APS no Enfrentamento da Violência

No que tange as ações ampliadas em saúde, com efeito, e preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados a política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e às condições de saúde das populações, ao avaliar o desempenho dos serviços para as ações implementadas (VIACAVA, 2004; VICTORA et al., 2004; SHAW, 2003; STAFFORD & MARMOT, 2003; DONABEDIAN, 1996).

A APS pode se constituir como espaço privilegiado, não só para a identificação e notificação, como também para a assistência a pessoas em situação de violência, a detecção

precoce e a prevenção, uma vez que preconiza uma atuação mais próxima das pessoas em seus contextos familiar e social (BRASIL, 2010). No entanto, a assistência diferenciada às vítimas de violência e o atendimento às famílias ainda são práticas incipientes nestes serviços, com ações de prevenção e encaminhamentos pouco empreendidas e dificilmente acompanhadas de contra-referência (MINAYO & DESLANDES, 2009), tais ações são fundamentais quando se pensa em avaliação de serviços de saúde, em que pese o cenário atual de violência que atinge as mulheres, crianças e adolescentes, pessoas com deficiências, idosos e homens adultos.

Conforme aponta Pinheiro, (2007), a atenção primária em saúde configura o espaço onde se expressam formas de criação e de apropriação da produção e reprodução da vida, que se admitido como instrumento de mudança do cotidiano, ganham materialidade política e social.

Para se tornar protagonista na estrutura complexa do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária em saúde precisa assumir seu papel de articuladora do cuidado, de centro da comunicação para que os possíveis diálogos se estabeleçam, de lugar com postura reflexiva e portadora de sentido, de cenário que garante acessibilidade e integralidade no cuidado, onde as barreiras do reducionismo são transpostas em busca da produção de um cuidado com foco nas múltiplas dimensões e na dinâmica da vida real, considerando o sujeito e a coletividade como um todo como objeto de sua prática (SANTOS KOERICH, 2009).

É importante reconhecer que apesar de sua importância na assistência e prevenção à violência a APS quase não participa dos atendimentos decorrentes das violências, da forma como preconiza o PNRMAV. São baixos os percentuais referentes ao atendimento diferenciado às vítimas de violência, o atendimento à família quase não se constitui como prática desses serviços e as ações de prevenção e encaminhamentos são muito pouco pensadas, empreendidas e acompanhadas contra-referencialmente (MINAYO & DESLANDES, 2009).

Para além destas dificuldades estruturais e de processo, a APS enfrenta questões relacionadas à subjetividade humana. Almeida *et al*, (2011), em estudo sobre as concepções de profissionais de uma UBS, adverte que profissionais de saúde, em geral, reconhecem a pluralidade do conceito de violência; referem dificuldades no enfrentamento dessa questão; reconhecem o problema como questão de saúde pública, porém, acreditam na responsabilização de outros setores públicos e denunciam a precariedade da rede social de apoio à APS. No cotidiano das USF, as equipes técnicas enfrentam questões semelhantes, além de expressarem medo de retaliação por parte dos autores das violências (CONCEIÇÃO *et. al.*, 2012).

Tal realidade evidencia que a violência com sua multiplicidade e causalidade complexa e correlacionada, em função de sua prevalência, gravidade, vulnerabilidade e impacto sobre a saúde individual e coletiva, exige para seu enfrentamento a intersetorialidade de políticas

públicas, de modo a construir articulação entre os diversos setores sociais que desencadeiem ações multidisciplinares e integrais. Nesse contexto, os serviços de saúde têm um papel específico a desempenhar e os desafios são grandes e demandam, além de investimento em pesquisas, a implementação de estratégias de investigação, monitoramento e avaliação que melhorem o desempenho das ações de atenção primária e de sua articulação com outras políticas públicas além da saúde (ALMEIDA *et al* 2011; CASTANHEIRA, 2011; MINAYO, 2009; MALTA, 2007).

1.4 A violência enquanto objeto de trabalho na APS

A atenção primária a saúde é tida como o local privilegiado para atuação no enfrentamento das violências, justamente por ser o primeiro nível de atenção e estar próxima do indivíduo, da sua família e da comunidade, possibilitando aos profissionais o reconhecimento da dinâmica sociofamiliar e comunitária daquela população. (D'OLIVEIRA, 2009; FERRANTE, 2009; RAMOS, 2011; LIMA, 2011; WANDERBROOCKE, 2013).

Contudo, esse pressuposto só será incorporado pelos profissionais conforme se estrutura como prática no processo de trabalho estabelecido, ou seja, estar próximo do indivíduo e da comunidade por si só não garante o reconhecimento de suas peculiaridades, é preciso estabelecer modelos de atendimentos que apreendam os sujeitos e seus costumes de forma interativa e dinâmica. Sendo assim, o acolhimento, a escuta competente, relações mais duradouras e com vínculo, a facilidade de acesso, o cuidado ampliado e contínuo e o trabalho em rede, são características da atenção primária à saúde cuja efetividade tem papel central quando se trata da violência. Os profissionais da saúde que compõe a APS local, por exemplo, são recursos essenciais na prevenção, na identificação e intervenção precoce em situações de violência (D'OLIVEIRA, 2009; FERRANTE, 2009; RAMOS, 2011; LIMA, 2011; WANDERBROOCKE, 2013).

Nesse sentido, os estudos destacam a importância da atenção primária à saúde tornar-se articuladora do cuidado em rede e a ESF como proposta para a reorganização do modelo assistencial, com condições de propor e criar, a partir dos territórios, formas locais de intervenção e enfrentamento desse fenômeno. A estratégia de saúde da família constitui, pois, modelo privilegiado e protagonista de espaços produtores de reflexão e articulações com a rede de assistência a situações de violência (D'OLIVEIRA, 2009; FERRANTE, 2009; RAMOS, 2011; LIMA, 2011; WANDERBROOCKE, 2013).

Outros estudiosos também apontam algumas barreiras encaradas por esses serviços no enfrentamento da violência, tais como: a pouca nitidez conceitual entre os profissionais da saúde; a insuficiente capacitação e sensibilização dos profissionais; o modelo biologizante com ênfase nas marcas manifestas do vivido; a dificuldade das vítimas de violência em identificar as Unidade de Saúde - US como local de apoio e acompanhamento, e a dificuldade dos profissionais em constituir foco comum, pautado no diálogo com os usuários e outros profissionais da rede (ALBUQUERQUE, 2013; SCHRAIBER, 2012).

Esses obstáculos e seus efeitos acabam sobrepondo-se às potencialidades da atenção primária à saúde e os profissionais que atuam nesse nível de atenção tendem a reproduzir atendimentos pontuais, pautados na queixa-conduta. (ALBUQUERQUE, 2013; SCHRAIBER, 2012).

Tal a importância da APS como serviço organizador do cuidado em saúde que os achados da literatura podem ser observados em literaturas de outras áreas, demonstrando que o papel privilegiado da APS transpõe disciplinas e objetos de estudo, vislumbra, ao contrário, a interdisciplinaridade e os sujeitos, autores e atores do adoecimento e da prestação dos cuidados. Nesse sentido, em estudo publicado na revista de enfermagem que trata do acolhimento, os autores demonstram que o cuidado se insere no “processo de cuidado”, existente na relação entre sujeitos, cuidadores e quem é cuidado (OLIVEIRA, 2015).

Parte II

Referenciais e Contexto

“(…)

Imagine there's no countries

It isn't hard to do

Nothing to kill or die for

And no religion too

Imagine all the people

Living life in Peace

You may say, I'm a dreamer

But I'm not the only one

I hope someday you'll join us

And the world will be as one

(…)

John Lennon

1.5 Conceitos e princípios norteadores

Os principais conceitos e princípios utilizados nesse trabalho são sintetizados a seguir.

- Na *integralidade do Cuidado* a proposta é de compor práticas de prevenção, promoção e proteção da saúde, garantindo aos indivíduos em situação de violência um acompanhamento amplo, mais resolutivo quanto possível, pautados em ações que promovam a garantia de direitos com redução de riscos e vulnerabilidades, a prevenção de situações de violência e assistência continuada às pessoas em situação de violência (OLIVEIRA, 2015; BRASIL 2010).
- A *intersectorialidade* e a implementação de linhas de cuidados que envolvam os mais diversos equipamentos públicos e privados, configuram-se como a melhor estratégia de ação para a atenção a situações de violência, para os diferentes grupos populacionais (mulheres, crianças e adolescentes; idosos e homens), tanto que, são preconizadas pelas políticas que atuam com esse segmento (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011; BRASIL, 2015).

1.6 Tipificação da Violência

As legislações brasileiras convergem para diferentes expressões pelas quais a violência pode ser observada, vivida e sentida, tais como violência física, psicológica, emocional, patrimonial, social, gênero, sexual, negligência, abandono, entre outras. Todas essas expressões se interpõem como uma ameaça ao direito a vida e a saúde e agir em seu enfrentamento pressupõe, também, conhecer sua tipologia.

Nesse sentido, nessa pesquisa foi adotado o modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, onde a violência é classificada em três grandes categorias que englobam as violências autoprovocadas, as interpessoais e as coletivas, que, por sua vez, se relacionam com as naturezas das agressões, físicas, psicológicas, sexuais, de gênero, negligência, dentre outras (BRASIL, 2010).

Dada a complexidade e magnitude do objeto, pesquisar sobre a violência, exigiu o esforço de um recorte, necessário para aprofundamento e melhor compreensão. Sendo assim, neste estudo adotou-se a violência interpessoal como dimensão condutora. Esta expressão da violência é aqui referenciada como a que ocorre na interação entre as pessoas, nas caracterizadas relações de poder (MINAYO, 2009).

É importante elucidar que a categoria adotada, se decompõe em violência intrafamiliar e violência comunitária. A violência intrafamiliar diz respeito àquela que ocorre nas relações

familiares, enquanto que a comunitária ocorre entre indivíduos sem laços de parentesco, como, por exemplo, o bullying que ocorre dentro de escolas (BRASIL, 2010).

As violências, segundo essa proposta da OMS, também diferem conforme sua natureza. Nesse sentido, as formas de violência interpessoais contemplam a violência física, psicológica, a violência sexual e a negligência.

A adoção dessas concepções de violência no presente trabalho se deu em virtude da elevada prevalência e da potencialidade de ação da saúde e da APS no seu enfrentamento.

1.7 Riscos e Vulnerabilidades e Garantias de Direitos

Atuar no enfrentamento da violência exige estratégias de cuidado contínuo, permanente e que busque articular a produção de cuidado junto às famílias, que reforce fatores de proteção e contribua para a diminuição de riscos e vulnerabilidades. Ou seja, demanda que as atuações estejam baseadas na promoção de saúde, que fortaleçam a autonomia e o autocuidado, por meio do investimento em ações de proteção e fortalecimento de indivíduos e grupos, além da identificação dos agravos, assistência e reabilitação.

O enfrentamento que essa pesquisa enfatiza está estreitamente relacionado a práticas preventivas de saúde apoiadas nos conceitos de risco e vulnerabilidade. O risco enquanto chance de exposição ao adoecimento e a outros agravos, e a vulnerabilidade, como resultante de um amplo conjunto de aspectos individuais (a vivência e as escolhas de cada pessoa), coletivos (cultura, relações interpessoais, os grupos sociais e os modismos) e programáticos (serviços públicos de saúde, educação e assistência social ofertados, políticas públicas existentes, práticas realizadas e informações veiculadas) (BRASIL, 2009; NASSER, 2015).

Assim, esses conceitos permitem repensar as práticas de saúde, e propor análises que incluam de maneira crítica e dinâmica, atuações que tornem acessíveis às potencialidades humanas, o fortalecimento de atributos pessoais de autonomia, autocuidado e competência social, além da corresponsabilidade para um viver saudável (BRASIL, 2010).

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Analisar a organização das ações de prevenção e assistência a situações de violência em serviços de atenção primária a saúde

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a produção científica nacional acerca da temática da violência na atenção primária à saúde;
- Caracterizar e qualificar a atuação e organização de serviços de Atenção Primária em Saúde localizados no centro oeste paulista em ações de prevenção, detecção precoce e assistência em situações de violência;
- Analisar as relações existentes entre diferentes grupos de qualidade na atenção ao enfrentamento da violência interpessoal em serviços de Atenção Primária a Saúde a partir de diferentes modelos assistenciais e variáveis demográficas, de gestão e apoio intersetorial.

MÉTODOS

3 MÉTODOS

Essa pesquisa, de delineamento transversal, insere-se na linha de investigações de avaliação de serviços e programas de saúde, particularmente de serviços da atenção primária à saúde, e tem por objeto a organização da atenção a situações de violência interpessoal desenvolvida em serviços de APS localizados na Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 09, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP), situada no centro oeste paulista.

Essa avaliação foi construída em duas etapas: 1. Revisão integrativa da literatura; 2. Avaliação da implementação de práticas para o enfrentamento a violência interpessoal em serviços de APS da RRAS09.

Enquanto pesquisa avaliativa, está voltada para a construção de conhecimento científico acerca das ações desenvolvidas por serviços de APS para o enfrentamento da violência interpessoal. Espera-se, simultaneamente, que seu produto, ao julgar e atribuir valores a essas práticas, possa apoiar a gestão, fornecendo subsídios para o aprimoramento e tomada de decisões (NOVAES, 2000).

3.1 1ª etapa: Revisão da Literatura

Para a revisão da literatura optou-se pelo método de revisão integrativa. Esse método foi adotado buscando ordenar, sistematizar e incluir pesquisas com diferentes enfoques metodológicos, permitindo somar e combinar dados teóricos e empíricos proporcionando assim uma compreensão macro do objeto de estudo. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa teve como objetivo caracterizar as práticas da APS para o enfrentamento da violência interpessoal no Brasil. Foram seguidos os passos preconizados para a realização de uma revisão integrativa, ou seja, primeiro foi definido o tema da revisão em forma de questão ou hipótese primária; com o tema definido, foram eleitos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos e, posteriormente, foi realizada a seleção da amostra, a caracterização dos estudos, a análise dos resultados e, a apresentação e discussão dos resultados da revisão (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A questão que norteou este estudo foi: Como a temática “violência e atenção primária” vem sendo abordada pela literatura nacional?

Na revisão foram utilizadas as duas principais bases da América Latina, quais sejam, a Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS). A opção por essas bases de dados se deu em função da especificidade do foco da investigação, a realidade brasileira.

Do mesmo modo, como a finalidade consistia em observar as práticas da APS para qualquer forma de violência, as buscas realizadas nessas duas bases foram direcionadas pelos descritores controlados combinados com operadores booleanos (violência or violence or violencia) and (atenção primária or primary health care or atención primaria or atenção básica).

Os resultados das buscas passaram por uma primeira triagem observando os critérios de inclusão: estudos realizados no Brasil; periódicos com texto completo e, idiomas português, inglês e espanhol.

O novo conjunto de estudos oriundo da primeira triagem passou por nova seleção a partir dos critérios de exclusão que foram: dissertações de mestrado; teses de doutorado; estudos repetidos e estudos que não contemplassem o objeto desta revisão ou que não foram realizados no Brasil.

O tempo necessário para que essas etapas se concretizassem compreendeu de janeiro a março de 2016, sem recorte temporal.

Por fim, a análise dos artigos que compuseram a amostra final foi realizada por meio do método de análise de conteúdo, na modalidade análise temática (BARDIN, 2009). Esse método permitiu definir os principais temas abordados nos estudos e agrupar e analisar os estudos em grandes categorias.

3.2 2º etapa: Avaliação dos serviços de APS da RRAS09 para práticas de enfrentamento a violência interpessoal

A avaliação dos serviços de APS com relação a ações desenvolvidas para o enfrentamento da violência interpessoal, envolveu a caracterização e contextualização dos serviços da APS da Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS09 e a qualificação dos serviços.

Os dados primários para avaliação proposta foram coletados a partir da aplicação do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QualiAB, e os dados secundários de fontes públicas: do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES SP e do Departamento de Informática do SUS DATA/SUS.

3.2.1 O instrumento de coleta de dados - QualiAB

O questionário eletrônico QualiAB, versão 2014, foi o instrumento de coleta, utilizando-se parte do banco de dados como fonte para a produção de dados primários sobre ações de prevenção, detecção e assistência a situações de violência.

Trata-se de um questionário estruturado, de autorresposta, originalmente construído e validado a partir de pesquisa avaliativa realizada no estado de São Paulo, em 2007, com recursos da linha de fomento PPSUS. O mesmo questionário, com ajustes pontuais, foi reaplicado em 2010, com apoio da SES SP, em todo o estado. (CASTANHEIRA et al., 2011, 2014).

O QualiAB 2014 compõe o processo de atualização e validação desenvolvido por projeto de pesquisa iniciado em 2013, com apoio do CNPQ, enquanto aplicação piloto da nova versão do questionário. Sua construção foi antecedida por revisão por pares em três rodadas, revisão bibliográfica e pré-teste aplicado em 30 unidades básicas, resultando na versão 2014 (CASTANHEIRA, 2016), cujo banco de dados que resultou da aplicação na RRAS 09 é parcialmente utilizado no presente projeto

O QualiAB 2014 é composto por 126 questões de múltipla escolha, agrupadas em cinco blocos temáticos sequenciais: I) Identificação e características gerais do serviço; II) Informação, planejamento e avaliação em saúde; III) Organização da atenção à saúde (com subdivisão por atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, atividades de rotina, recepção e acolhimento, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e da pessoa idosa e saúde bucal); IV) Perfil de atividades; e V) Características do processo gerencial.

A escolha do QualiAB como fonte dos dados se deu em razão de ser um instrumento atualizado por processo iterativo, a partir de versão original já validada, e por ter como foco avaliativo a organização do processo de trabalho, ou seja, o modo como o serviço operacionaliza a oferta assistencial e a gestão local; além disso, abrange questões relativas à violência e tem como base os princípios e diretrizes da APS propostos pelo SUS na definição de critérios e padrões de qualidade.

3.2.2 A coleta de dados

Para a aplicação do QualiAB na RRAS 09 buscou-se apoio dos gestores por meio de divulgação e convite para todos os municípios da RRAS em reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e das Câmaras Técnicas (CT) de cada região de saúde que compõe essa rede regional de atenção a saúde.

O período de divulgação e adesão dos municípios compreendeu de agosto a outubro de 2014. E o período de resposta ao questionário de outubro a dezembro do mesmo ano. O questionário foi disponibilizado através de página virtual e pôde ser acessado e respondido online pelo endereço eletrônico www.fmb.unesp.br/qualiab.

3.2.3 Local do estudo

Conforme mencionado anteriormente, essa pesquisa utilizou como fonte de dados para produção de dados primários a aplicação do QualiAB 2014 na RRAS 09.

No Estado de São Paulo como meio para subsidiar as relações entre a atenção primária e os demais equipamentos de atenção a saúde de modo a garantir a integralidade da atenção em saúde, foram pactuadas 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). Esses arranjos organizativos de diferentes densidades tecnológicas levaram em consideração os sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão para sua composição.

A RRAS09, local do estudo, está inserida na área de abrangência da Diretoria Regional de Saúde VI – Bauru e localizada no centro-oeste paulista. Engloba cinco regiões de saúde Bauru, Jaú, Lins, Pólo Cuesta e Vale do Jurumirim, com uma população total de 1.624.623 habitantes. A RRAS 09 contava em 2014 com 303 serviços de APS distribuídos em 68 municípios. O perfil demográfico da população segue a distribuição relativa ao padrão de transição demográfica das últimas décadas, sendo cerca de 66% de pessoas na faixa etária de 15 a 60 anos, 21% de pessoas com menos de 15 anos e 13%, de 60 anos ou mais (SES, 2012).

A região de Bauru, é composta pelos municípios de Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabrália Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves e Reginópolis. É a região com maior número de municípios, população e serviços da RRAS09. Nela estão localizados 26,5% dos municípios, 36,5% da população e 33% dos serviços da rede.

A região de Jaú, por sua vez, é composta pelos municípios de Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boracéia, Brotas, Dois Córregos, Igarapu do Tietê, Itajú, Itapuú, Jaú, Mineiros do Tietê e Torrinha. Esta região de saúde, com 17,6% dos municípios, 19,7% da população e 17,2% dos serviços, se caracteriza por ser a segunda maior da RRAS09.

A região de Lins, é composta pelos municípios de Cafelândia, Guaiçara, Getulina, Lins, Pongaí, Promissão, Sabino e Uru. Nesta se encontram 11,7% dos municípios, 9,5% da população e 11,8% dos serviços.

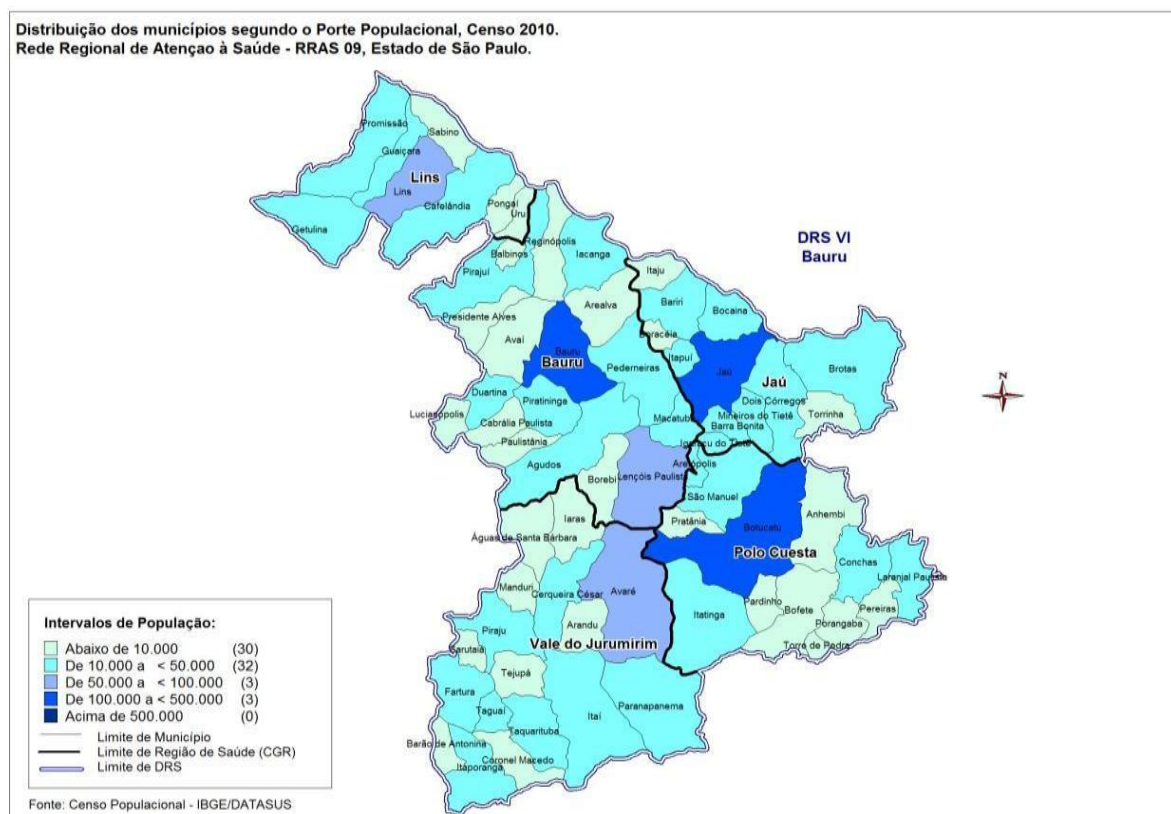
Por fim, a região do Vale do Jurumirim é composta pelos municípios de Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejupá. Nessa região estão situados 25% dos municípios, 17,1% da população e 21,4% dos serviços da RRAS09.

A figura 1 correspondente ao mapa da RRAS09, ilustra a composição desta rede regional, segundo seus municípios, bem como, sua localização no estado de São Paulo.



Figura 1 – Mapa da RRAS09 segundo municípios (2012)

Outra característica local que nos permite contextualizar a RRAS09 diz respeito a sua distribuição populacional, a qual é composta por 44,1% de municípios com população estimada em menos de 10.000 habitantes, 47,1% que possuem entre 10.000 e 49.000 habitantes, 4,4% entre 50.000 e 99.000 e 4,4% de municípios com mais de 100.000 habitantes. Essa distribuição populacional pode ser visualizada na figura abaixo.

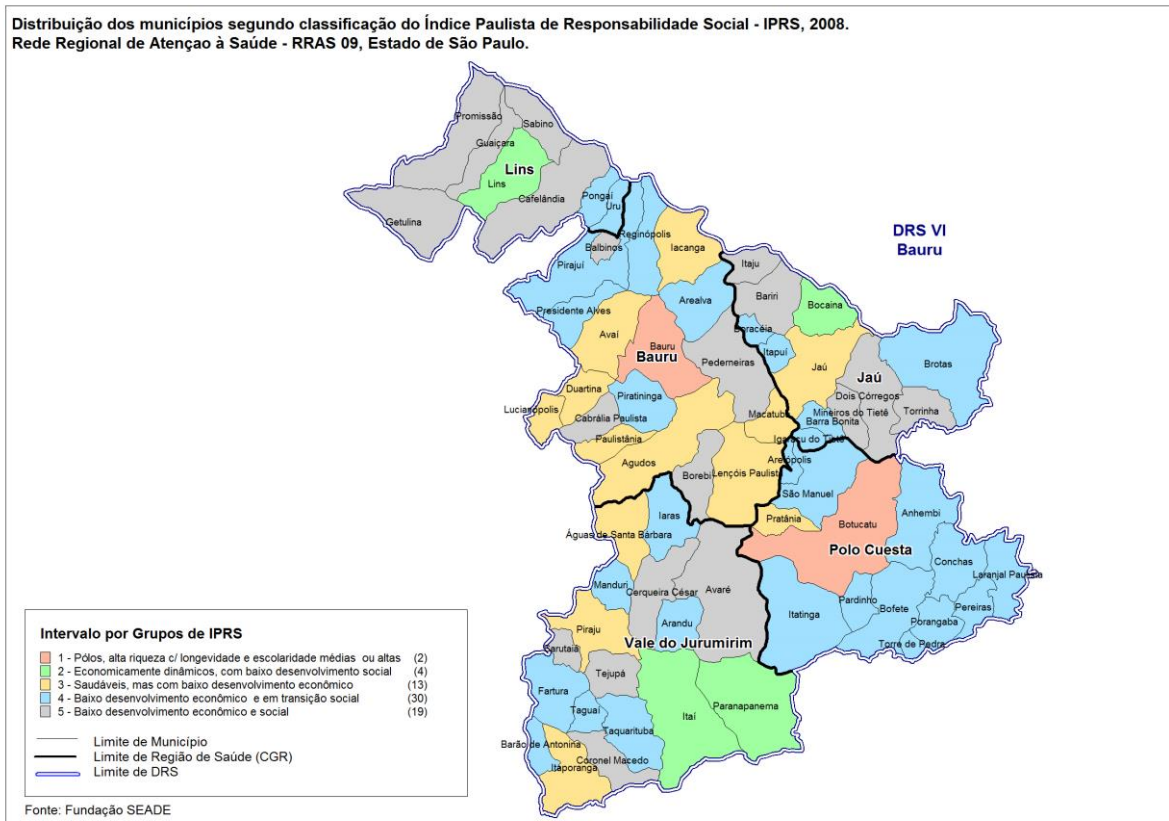


FONTE: CPS/SES/SP

Figura 2 – Distribuição dos municípios por intervalos populacionais, São Paulo, 2010

Sobre essa distribuição populacional, cabe dizer que na RRAS09 os municípios com maior porte populacional também possuem maior urbanização e centralização de indústrias e comércios, além de terem instalados serviços de maior infraestrutura de média e alta complexidade nos diversos segmentos de atenção a população.

Essas características influenciam nos índices de responsabilidade social, como pode ser observado pela figura abaixo.



FONTE: CPS/SES/SP

Figura 3 – Distribuição dos municípios com relação os índices de responsabilidade social

Em se tratando da violência, de acordo com informações da SES/SP (2016), as causas externas representam a 4ª principal causa de mortalidade desta RRAS. O perfil da mortalidade por causas externas pode ser apreciado nas tabelas subsequentes e tem como principais características para maior mortalidade a faixa etária de 10 a 59 anos, o sexo masculino, de 4 a 7 anos de escolaridade, estado civil solteiro e população de cor da pele branca. A maior concentração de óbitos encontra-se nos municípios mais populosos.

3.2.4 A população da pesquisa

A amostra dessa pesquisa foi composta por 157 unidades de atenção primária a saúde (APS) da RRAS09 que aderiram a aplicação do QualiAB em 2014. Essas unidades de saúde participantes da aplicação piloto estão distribuídas em 41 municípios da rede regional, representando 60,3% dos municípios, 51,8% dos serviços e 62,3% no universo potencial de 252 serviços que representam 100% das unidades dos municípios que aderiram a aplicação.

Dessas 157 unidades de saúde que compõe a amostra dessa pesquisa 47 se localizam na região de saúde de Bauru, 13 na região de Jaú, 25 na de Lins, 45 no Pólo Cuesta e 33 na região do Vale do Jurumirim, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Composição do universo estudado

RS	Município	Adesão a avaliação (Universo Potencial - Municípios - 0 ou 1)	Responderam QualiAB (Amostra - Municípios)	Nº de US (Total de unidades por município)	%	Nº de US do Universo Potencial	%	Universo Estudado	% - nº total de US	% - Univ. Potenc.
BAU	Agudos	0	0	8		0		0	0	0
	Arealva	1	1	4		4		3	75	75
	Avai	1	0	1		1		0	0	0
	Balbinos	0	0	2		0		0	0	0
	Bauru	1	1	24		24		15	62,5	62,5
	Borebi	1	0	1		1		0	0	0
	Cabrália Paulista	0	0	2		0		0	0	0
	Duartina	1	1	3		3		2	66,7	66,7
	Iacanga	1	1	3		3		3	100	100
	Laranjal Paulista	1	1	6		6		6	100	100
	Lençóis Paulista	1	1	10		10		8	80	80
	Lucianópolis	1	1	1		1		1	100	100
	Macatuba	1	0	4		4		0	0	0
	Paulistânia	0	0	1		0		0	0	0
	Pederneiras	1	1	12		12		10*	83,3	83,3
	Pirajuí	1	0	6		6		0	0	0
	Piratininga	1	0	2		2		0	0	0
	Presidente Alves	1	1	2		2		2	100	100
	Reginópolis	1	1	1		1		1	100	100
	TOTAL	15	10	93	100	80	86	51	55	63,75
JAU	Bariri	1	0	8		8		0	0	0
	Barra Bonita	1	1	7		7		7	100	100
	Bocaina	0	0	4		0		0	0	0
	Boracéia	0	0	1		0		0	0	0
	Brotas	0	0	5		0		0	0	0
	Dois Córregos	1	0	5		5		0	0	0
	Igaraçu do Tietê	1	1	4		4		4	100	100
	Itaju	0	0	1		0		0	0	0
	Itapuí	1	1	4		4		1	25	25
	Jaú	0	0	17		0		0	0	0
	Mineiros do Tietê	1	1	1		1		1	100	100
	Torrinha	1	0	3		3		0	0	0
	TOTAL	7	4	60	100	32	53,3	13	21,7	40,6

LINS	Cafelândia	1	1	4	4	3	75	75		
	Getulina	0	0	2	0	0	0	0		
	Guaíçara	1	1	5	5	1	20	20		
	Lins	1	1	12	12	9	75	75		
	Pongaí	0	0	1	0	0	0	0		
	Promissão	1	1	12	12	8*	66,7	66,7		
	Sabino	1	0	1	1	0	0	0		
	Uru	1	1	1	1	1	100	100		
	TOTAL	6	5	38	100	35	92,1	22	57,9	62,9
PC	Anhembi	1	1	2	2	2	100	100		
	Areiópolis	1	1	4	4	4	100	100		
	Bofete	1	1	1	1	1	100	100		
	Botucatu	1	1	20	20	20	100	100		
	Conchas	1	1	5	5	1	20	20		
	Itatinga	1	1	2	2	1	50	50		
	Pardinho	1	1	1	1	1	100	100		
	Pereiras	1	1	4	4	1	25	25		
	Porangaba	1	1	4	4	1	25	25		
	Pratânia	1	0	1	1	0	0	0		
	São Manuel	1	1	7	7	6	85,7	85,7		
	Torre de Pedra	1	1	1	1	1	100	100		
TOTAL	12	11	52	100	52	100	39	75	75	
VJ	Águas de Santa Bárbara	0	0	1	0	0	0	0		
	Arandu	0	0	1	0	0	0	0		
	Avaré	1	1	15	15	11*	73,3	73,3		
	Barão de Antonina	1	1	2	2	1	50	50		
	Cerqueira César	1	1	6	6	3	50	50		
	Coronel Macedo	1	1	3	3	3	100	100		
	Fartura	1	1	3	3	3	100	100		
	Iaras	0	0	3	0	0	0	0		
	Itaí	1	1	7	7	1	14,3	14,3		
	Itaporanga	0	0	4	0	0	0	0		
	Manduri	1	1	3	3	3	100	100		
	Paranapanema	0	0	3	0	0	0	0		
	Piraju	1	1	7	7	2	28,6	28,6		
	Sarutaia	1	1	1	1	1	100	100		
	Taguaí	1	1	3	3	1	33,3	33,3		
	Taquarituba	0	0	5	0	0	0	0		
	Tejupá	1	1	3	3	3	100	100		
	TOTAL	11	11	70	100	53	75,7	32	45,7	60,4
RRAS09	Total	51	41	313	100	252	80,5	157	50,2	62,3

3.2.5 Método da Avaliação

O desenvolvimento da avaliação se deu com base nos conceitos e princípios norteadores que embasaram e subsidiaram toda a pesquisa, e na revisão bibliográfica realizada, definindo o delineamento da análise e buscando atingir amplitude, alcance e profundidade no que diz respeito ao objeto da pesquisa: *Atenção a saúde voltada para a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal na atenção básica*.

Após a construção do objeto foi realizada a eleição de questões e de alternativas do QualiAB 2014, cujas respostas foram definidas como indicadores e agrupadas para análise em três grandes domínios: **Produção de Saúde e Prevenção da Violência Interpessoal**, **Condições para Acolhimento**, e **Atenção a Situações de Violência Interpessoal**.

O domínio, *Produção de Saúde e Prevenção da Violência Interpessoal* engloba práticas de saúde mais abrangentes e de baixa especificidade. Essas atuações necessárias, mas não suficientes, classificam-se em três subdomínios: *Promoção de Saúde e Garantia de Direitos que reduzem riscos e vulnerabilidades*, *Prevenção da Violência*, e *Investigações de Riscos e Vulnerabilidades*. Esse domínio engloba principalmente ações de educação em saúde, investigação de vulnerabilidades e ações programáticas que produzem saúde, o empoderamento para o autocuidado e a prevenção da incidência e prevalência de situações de violência. Reúne, pois, a oferta de ações capazes de transformar e resignificar as relações sociais e muitos dos valores culturais enraizados.

No subdomínio da promoção de saúde e garantia de direitos que reduzem riscos e vulnerabilidades estão os indicadores relacionados a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção DST/aids, a gestação e puerpério, aos direitos sociais e trabalhistas, e ao desenvolvimento infantil e o envelhecimento saudável.

No subdomínio de prevenção a situações de violência interpessoal foram selecionados indicadores que tratam de ações de educação em saúde com tema violência interpessoal (bullying, violência doméstica, sexual, dentre outras) e ações programadas voltadas para a assistência a saúde mental, ao uso abusivo álcool e outras drogas e à violência interpessoal.

No subdomínio de investigações de risco e vulnerabilidade estão agrupados os indicadores que dizem respeito a convocação de faltosos, ações que abordam direitos sociais, condições sócio familiares, psicoemocionais, funcionalidade familiar e rede de apoio.

Para ofertar uma atenção a violência interpessoal de maneira integral também é necessário que a unidade acolha o usuário em situação de violência, considerando os riscos e vulnerabilidades existentes no território, de modo a aproximar os usuários que vivenciam a

violência a essa condição do cuidado ofertado pela unidade, que se torna assim um espaço legítimo para o acolhimento dessa condição de sofrimento. Os indicadores selecionados para avaliar o domínio ***Condições para Acolhimento*** estão reunidos em dois subdomínios: *Acesso e Capacitação e Educação Permanente*. De mesmo modo que no domínio a Produção de Saúde e Prevenção da Violência Interpessoal, esse domínio reúne indicadores mais abrangentes e de baixa especificidade relativos as ações realizadas na unidade e extra-muros, o fluxo de atendimento a demanda espontânea, facilidade de acesso a outros equipamentos públicos, e a capacitação e educação permanente.

No subdomínio acesso estão reunidos os indicadores que dizem respeito ao fluxo de atendimento a demanda espontânea, a diversidade de ações realizadas na unidade e extra-muros, a facilidade de acesso a assistência a outros equipamentos / públicos – crianças, adolescentes, pessoas em uso abusivo de drogas ou em sofrimento psíquico, acamados e PCD.

O subdomínio capacitação e educação permanente é composto por indicadores que avaliam a diversidade de profissionais da unidade que participam de capacitações e a diversidade de temas que envolvem essas capacitações.

Na mesma lógica, a ***Atenção a Situações de Violência*** reúne indicadores mais específicos a violência interpessoal. Esses, buscam se aproximar da integralidade do cuidado contínuo, e são agrupados em três subdomínios: a *Deteção de situações de violência*, a *Assistência a situações de violência* e o *Trabalho em Rede*.

Esse domínio procura englobar a diversidade de maneiras para detectar situações de violência e de formas de cuidar das pessoas em situações de violência interpessoal. Assim, o subdomínio detecção a situações de violência engloba diferentes formas de detectar a violência interpessoal, o subdomínio assistência a situações de violência, as diversas formas de cuidar de pessoas em situação de violência interpessoal e o trabalho em rede, os equipamentos que formam a rede de apoio em casos de detecção e assistência a situações de violência interpessoal.

A matriz de indicadores utilizados, alocados em seus respectivos subdomínios e domínios pode ser melhor observada nos quadros 1, 4, 5 e 6 (4, 5 e 6 em anexo 2)

A estratégia de análise adotada visou avaliar o desempenho dos serviços em relação aos diferentes aspectos relacionados a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal.

Quadro 1 – Categorias de análise da dimensão Atenção a saúde voltada a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal na atenção básica (AB) - QualiAB 2014.

Domínios	Subdomínios	Nº de indicadores
Produção de saúde e prevenção da violência (n =158)	Promoção de Saúde e Garantia de Direitos que reduzem riscos e vulnerabilidades	n = 83
	Prevenção a situações de violência interpessoal	n = 46
	Investigação de situações de risco e/ou vulnerabilidades	n = 30
Condições para acolhimento (n = 48)	Acesso	n = 32
	Capacitação e Educação permanente	n = 16
Atenção a situações de violência (n= 46)	Deteção de situações de violência	n = 20
	Assistência a situações de violência	n = 17
	Trabalho em Rede	n = 9

A decomposição das frequências das respostas às questões do QualiAB e a esses indicadores permitiu um estudo descritivo, que foram confrontados com outras informações igualmente proporcionadas pelo questionário QualiAB, como por exemplo as características do modelo assistencial, localização (rural, urbana central ou urbana periférica) da unidade, estratégias de gestão, gerência e organização do trabalho. Além dessas variáveis descritivas que também foram escolhidas do QualiAB, foram utilizados dados secundários do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE). Essas variáveis descritivas podem ser observadas nos quadros abaixo.

Quadro 2 – Relação das variáveis descritivas

Fonte	Dimensão	Questão do QualiAB	Variáveis Descritivas
QualiAB	Identificação e Características Gerais do Serviço	1	Caracterização do serviço
		2	Gestão administrativa do serviço
		5	Grupos populacionais presentes no território
		6	Períodos de funcionamento da unidade
		11	Programas que a unidade recebeu profissionais no último ano
		116	Gerência local
		118	Relacionamento entre unidade e nível central
		120	Pautas das reuniões de equipe
		124	Canais de comunicação com o usuário
		125	Principais obstáculos a serem superados
	Planejamento e Avaliação em Saúde	20	Levantamento sobre a realidade local nos últimos 3 anos
		22	Desdobramentos das avaliações realizadas
		23	Mudanças induzidas por avaliações realizadas
DATASUS/SINAN	Informações de violência	-	Mortalidade por causas externas Mortalidade por violência

3.2.6 Análise dos dados

A partir da eleição dos indicadores e categorização das questões do QualiAB em domínios e subdomínios foi definido um plano de análise para a avaliação.

Optou-se por trabalhar com um sistema binário a partir das respostas, positivas ou negativas para cada indicador, resultando num sistema binário, onde (1) corresponde ao que o serviço realiza, e (0) ao que o serviço não realiza.

Foram somadas as frequências (f), ou seja, os números absolutos de práticas realizadas em cada serviço para cada subdomínio. A seguir, para tornar os subdomínios comparáveis, a somatória das frequências foi transformada num sistema de escore com escala de 0-100.

O sistema de escore corresponde a uma regra de três simples, diretamente proporcional, onde a soma de todos os indicadores de cada subdomínio corresponde a 100 e a soma das frequências de cada serviço corresponde à proporção obtida em relação ao total de indicadores.

A partir do cálculo das k-médias dos subdomínios as unidades foram agrupadas pela técnica de cluster, realizada no Programa Statistic Base. Essa técnica permitiu a divisão dos serviços em cinco clusters (1, 2, 3, 4 e 5) em relação aos oito subdomínios existentes. O emprego dessa técnica procurou obter a máxima heterogeneidade possível entre os diferentes grupos de qualidade com a maior homogeneidade interna em cada grupo.

Para ampliar o conhecimento foi necessário transformar os resultados dos subdomínios permitindo que os resultados pudessem ser lidos por domínio. Para tanto, a análise dos domínios é feita pela técnica das k-médias.

3.2.7 Aspectos éticos da pesquisa

Essa pesquisa seguiu a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos.

Igualmente, o projeto que originou essa pesquisa foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), por meio do parecer 1.375.246 (Anexo 3).

Vale ressaltar que o projeto de validação do QualiAB, que serviu como fonte de dados para essa pesquisa, também passou por análise, aprovação e autorização da Diretoria regional de Saúde de Bauru (DRS VI), conforme demonstrado no anexo 4. E, em consonância com as diretrizes de pesquisa com seres humanos, para todas as unidades participantes foi solicitado que o gestor que aderiu a pesquisa concordasse com o termo de adesão. Este termo está disponível no site www.fmb.unesp.br/qualiab.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Violência e atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. (Artigo aplicado à Revista Ciência e Saúde Coletiva, em análise para aprovação)

AUTORES Carolina Siqueira Mendonça¹, Dinair Ferreira Machado², Elen Rose Lodeiro Castanheira³.

Psicóloga. Mestranda no Programa de Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Botucatu, São Paulo, Brasil.

² Assistente Social. Pós - doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Botucatu, São Paulo, Brasil.

³ Médica Sanitarista. Prof^a. Dr^a. da graduação e pós graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho. Botucatu, São Paulo, Brasil.

RESUMO

A violência como um problema de saúde pública vem sendo um desafio para os serviços de saúde no Brasil, especialmente os de atenção primária. Nesse sentido, realizou-se uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de analisar a produção científica nacional acerca da temática da violência na atenção primária à saúde. A amostra final reuniu 18 artigos publicados, que foram localizados nas bases de dados LILACS e SciELO. A maioria das publicações abordou a violência contra as mulheres na atenção primária (9 artigos), seguido dos adolescentes com (4 artigos). A violência contra idosos ficou em terceiro lugar com (3 artigos). A violência contra os homens representou o menor número de publicações (2 artigos). Apenas 1 artigo não tratava de nenhum segmento populacional específico, focando-se no contraponto - os profissionais de saúde. Esta revisão reafirma a violência como um problema invisível nos serviços de atenção primária, dada a dificuldade de compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre o impacto de um fenômeno social no processo saúde doença. Para tornar visível a problemática, os estudos analisados apontaram para necessidade de reorganização do processo de trabalho na atenção primária para além da queixa conduta, pautando-se na abordagem

sociocultural e ampliada dos grupos de indivíduos acometidos pela violência. Desse modo a atenção primária à saúde se apresenta como principal estratégia de enfrentamento das situações de violência seja na prevenção ou na promoção da saúde, tendo em vista a peculiaridade de coordenadora do cuidado e articuladora da rede de atenção da atenção primária que tem como foco o indivíduo, a família e o território como peças fundamentais para o enfrentamento da violência nesses diferentes grupos populacionais.

Palavras-chave: Violência; Atenção Primária à Saúde; Serviços de saúde.

ABSTRACT

Violence as a public health problem has been a challenge for health services in Brazil, especially primary care. In this sense, there was a literature integrative review aimed to analyze the scientific production on the theme of violence in primary health care. The final sample collected 18 published articles that were located in the LILACS and SciELO databases. Most publications addressed violence against women in primary care (9 articles), followed by adolescents (4 articles). Violence against the elderly was in third place with (3 items). Violence against men represented the lowest number of publications (2 articles). Only 1 article did not address any specific population segment, focusing on the counterpoint - health professionals. This review reaffirms violence as an invisible problem in primary care services; given the difficulty of understanding by health professionals about the impact of a social phenomenon in the health disease. To make visible the problem, the analyzed studies pointed to the need for the work process reorganization in primary care in addition to the complaint conduct, and are based on socio-cultural approach and expanded the individuals affected groups by violence. Thus the primary health care represents the major coping strategy of situations of violence either in prevention or health promotion, considering the peculiarity of coordinating care and articulator of the care network of primary care that focuses on individual, family and the territory as fundamental to addressing violence in these different population groups.

Keywords: Violence; Primary Health Care; Health services.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o fenômeno da violência representa um importante problema de saúde pública. As situações de violência têm efeitos importantes sobre a mortalidade, morbidade e principalmente na qualidade e expectativa de vida da população (BRASIL, 2008). Somam-se a

isso os sofrimentos e traumas que deixam suas marcas nas trajetórias de vida, nos sentidos e na vivência que não podem ser quantificados (MINAYO, 1998).

Enquanto um fenômeno complexo e multideterminado histórica, social e culturalmente, a violência não se caracteriza como objeto específico da área da saúde, mas vem sendo reconhecido e abordado também por essa área, uma vez que interfere diretamente no processo saúde doença dado o impacto nas dimensões psicológicas, sociais e físicas, conforme o tipo de violência sofrido. Os efeitos vividos na inter-relação dos âmbitos sociais, emocionais, psicológicos, cognitivos e físicos expressam-se em potenciais de anos perdidos, na deterioração das condições de saúde e qualidade de vida da sociedade, na incapacitação temporária ou permanente resultante dos traumas e nos gastos públicos com reabilitação (HAYECK, 2009; MINAYO, 2010; BRASIL, 2010).

Estudos nacionais sugerem que alguns grupos populacionais estão expostos com maior frequência não só a presença das violências, como também a seus impactos na saúde e na vida como um todo. Dentre estes grupos populacionais, merecem destaque as mulheres, as crianças, os adolescentes e os idosos (WAISELFISZ, 2014; MINAYO, 2006; SCHRAIBER, 2007; MASCARENHAS *et al.*, 2012).

Dado o reconhecimento do impacto da violência nesses diferentes grupos populacionais, no Brasil foi implantado em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV, da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, com a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios.

Além disso, como parte dos mecanismos de enfrentamento da violência, foram promulgadas diferentes políticas públicas, que tomam direta ou indiretamente a violência como objeto de ações a serem implementadas, tais como: a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2015), e demais políticas, diretrizes e pactos que se articulam com a Política de Enfrentamento da violência contra a mulher (BRASIL, 2011); o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2005) fundamentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990); o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

As diretrizes e compromissos expressos nas políticas públicas apontadas têm como objetivo geral consolidar estratégias setoriais e intersetoriais de atuação no enfrentamento à violência, aperfeiçoando tanto recursos quanto soluções integradas.

A integração de ações exige a atuação em rede, onde diversos segmentos da sociedade civil e do poder público precisam ser protagonistas, de modo a implementar ações nos diferentes níveis de atenção a saúde da população. Dentro desse conjunto de atores sociais, a atenção primária em saúde se constitui como ator privilegiado, não só para a identificação e notificação, como também como coordenadora do atendimento e assistência às pessoas em situação de violência. (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, preconiza que a atenção primária à saúde deve atuar de modo central na articulação de parcerias entre os diversos setores sociais como: saúde, educação, assistência social e justiça de modo a relacionar o âmbito dos diferentes fatores, como os socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários, individuais e de gênero - estruturantes da sociedade e composições plurais da violência (BRASIL, 2010).

Entretanto, a identificação e abordagem de situações de violência ainda não são realizadas de modo extensivo na rede de serviços de atenção primária (SCHRAIBER, 2007). A relativa juventude dessa temática como objeto de atenção nos serviços de saúde, bem como, sua complexidade, as diferentes compreensões do que é violência, e, ainda, as distintas formas e estratégias de combatê-la (VEIGA-NETO, 1995) fizeram com que se elegesse como recorte, a caracterização da produção sobre violência e atenção primária no contexto nacional.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que procurou ordenar, sistematizar e incluir pesquisas com diferentes enfoques metodológicos, permitindo somar e combinar dados teóricos e empíricos proporcionando assim uma compreensão macro do objeto de estudo. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

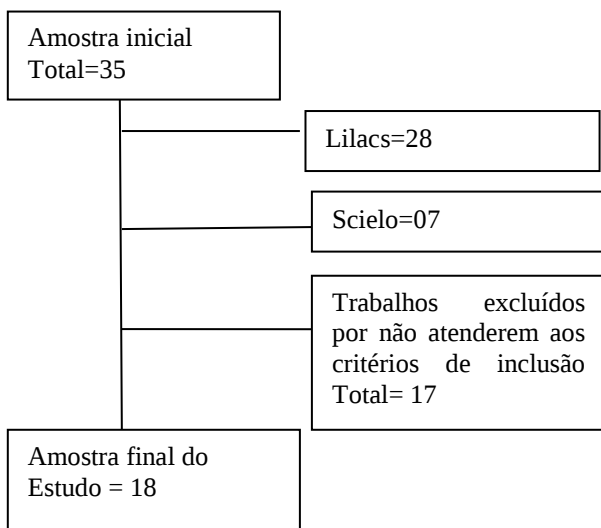
O presente estudo seguiu as etapas preconizadas para a realização da revisão integrativa: 1. Estabelecimento do problema (definição do tema da revisão em forma de questão ou hipótese primária); 2. Seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão; 3. Caracterização dos estudos (definem-se as características ou informações a serem coletadas dos estudos, por meio de critérios claros). 4. Análise dos resultados (identificando similaridades e conflitos); 5. Apresentação e discussão dos achados (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A questão que norteou este estudo foi: Como a temática “violência e atenção primária” vem sendo abordada pela literatura nacional?

Considerando a opção em analisar estudos brasileiros, a composição da amostra foi realizada por meio de buscas nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO); e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As buscas foram direcionadas por descritores controlados combinados com operadores booleanos: (violência or violence or *violência*) and (atenção primária or primary health care or *atención primaria* or *atenção básica*).

Os critérios de inclusão de artigos foram: estudos realizados no Brasil, periódicos com texto completo e idiomas português, inglês e espanhol. E os critérios de exclusão foram: dissertações de mestrado, teses de doutorado, artigo sem texto completo nas bases de dados, estudos repetidos e estudos que não se incluíssem com o objeto de pesquisa e não se referissem a estudos realizados no Brasil. As buscas foram realizadas no período de janeiro a março de 2016, sem recorte temporal e totalizou 35 publicações encontradas conforme os critérios descritos acima. Desses estudos 18 compuseram a amostra final conforme descrição do fluxograma a seguir.

A análise dos artigos que compuseram amostra final foi realizada por meio do método de análise de conteúdo, na modalidade análise temática. (BARDIN, 2009)



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 18 artigos analisados na íntegra, observou-se que a maioria das publicações abordou a violência contra as mulheres (9 artigos). O grupo das crianças e adolescentes vem em seguida com 4 artigos. O conjunto de artigos que representa a violência contra idosos aparece em terceiro com 3 artigos. O grupo populacional que apresenta o menor número de

publicações é o dos homens com 2 publicações. É importante destacar que não foram encontrados periódicos para a população das pessoas com deficiência e que apenas 1 artigo não tratava de nenhum segmento populacional específico, focando-se no contraponto - os profissionais de saúde (Quadro 2).

A maior visibilidade e legitimidade contemporaneamente adquirida pelo fenômeno da violência, assim como, a crescente preocupação com seu enfrentamento, estão diretamente relacionados ao crescimento das lutas por garantia de direitos, concretizados nos movimentos sociais e consolidados por meio de políticas, decretos e leis promulgadas no Brasil desde o final do século XIX até os dias atuais. (VEIGA-NETO, 1995)

Observou-se ainda que os estudos analisados utilizam principalmente métodos qualitativos e descritivo-exploratórios, demonstrando assim a necessidade de construir a violência enquanto objeto de estudo no campo das pesquisas sobre práticas de saúde e a priorização em apreender empiricamente a dimensão subjetiva da violência. (11 artigos qualitativos – VCM1, VCM2, VCM4, VCM5, VCM6, VCM8, VCM9, VCCA1, VCCA3, VCI1, VCI2, 4 quanti-qualitativos – VCM3, VCM7, VCCA2, VH2 e 3 quantitativos - VCCA4, VCI3, VH1).

Deste modo, a maioria das publicações levantadas aborda a dinâmica das relações a partir das percepções, valores e vivências dos participantes das pesquisas. (VG1). Nos demais estudos, observou-se que os dados quantitativos priorizam identificar e analisar a quantidade de pessoas envolvidas em situações de violência, os tipos mais comuns de violência recebida, os grupos mais vulneráveis e os gastos públicos com as demandas dessa problemática. (VCM2, VCM9, VCCA2, VCCA4, VCI3, VH2).

Ainda referente aos recortes empregados pelas pesquisas, aponta-se que nenhuma pesquisa se propôs avaliar as práticas de saúde implementadas para o enfrentamento da violência. A avaliação dessas ações, conforme preconizado pelas políticas, diretrizes, leis e planos de ações que envolvem o enfrentamento da violência, já citados anteriormente, é importante instrumento de análise da realidade e da tomada de decisão para práticas mais resolutivas.

Quanto às formas de violência, os artigos trataram principalmente da violência familiar e doméstica tanto para as mulheres, quanto para as crianças e idosos., por fim, a violência contra os homens abordou a dimensão deles enquanto agressores na violência por parceiros íntimos (VCM, VCCA, VCI, VCH).

Para facilitar a compreensão e a leitura do texto, foi designado um código geral para cada grupo de violência analisada e dentro desses grupos subcódigos numéricos que indicam a quantidade em cada um, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 – Descrição dos grupos de violência estudados, códigos e subcódigos para análise

Grupos	Códigos dos grupos	Subcódigos dos Artigos
Violência Geral	VG	VG1
Violência contra a mulher	VCM (Todos)	VCM1, VCM2, VCM3, VCM4, VCM5, VCM6, VCM7, VCM8, VCM9
Violência contra criança e adolescente	VCCA	VCCA1, VCCA2, VCCA3, VCCA4
Violência contra os Idosos	VCI	VCI1, VCI2, VCI3
Violência contra os homens	VCH	VCH1, VCH2

Quadro 2 – Apresentação das publicações analisadas, segundo grupos populacionais e ordem decrescente por ano de publicação.

Periódico Ano/País Base	Título	Autoria Tipo de estudo	Objetivo	Resultados
Violência Geral				
Physis 2014 - Brasil LILACS (VG1)	Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento	PORTO, R.T.S. JUNIOR, J.P.B. LIMA, E.C. Qualitativa	Analisar as percepções dos profissionais da saúde da família a respeito do enfrentamento da violência doméstica e sexual	Os participantes demonstraram dificuldade em identificar os casos e sua atuação está centrada na abordagem sintomatológica; assim como referiram falta de capacitação para detectar casos de violência.
Violência contra mulheres – VCM				
Ciência e Saúde Coletiva 2015 - Brasil LILACS (VCM1)	Agendas públicas de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres no Rio Grande do Sul, Brasil	COSTA, M.C. LOPES, M.J.M SOARES, J.S.F. Exploratório-descriptivo Abordagem qualitativa	Analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento de violência contra mulheres rurais, na perspectiva dos/as gestores de saúde	Inexistência de agendas locais direcionadas à violência contra as mulheres rurais; Desafio dos gestores em traçarem linhas de gestão em saúde norteadas pelas diretrizes e princípios do SUS.
Caderno de Saúde Pública 2013 - Brasil LILACS (VCM2)	Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde	KIND, L. ORSINI, M.L.P. NEPOMUCENO, V. GONÇALVES, L. SOUZA, G. A. FERREIRA, M.F.F. Quanti-qualitativo	Mapear indicadores de violência contra mulheres do DISANE, pretendendo compreender como a notificação tem sido realizada nos serviços de saúde.	Subnotificação da violência contra mulheres; Crescimento gradativo de notificações por ano; Baixo número de registros de notificação feitos em UBS;
Caderno de Saúde Pública 2013 - Brasil LILACS (VCM3)	Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	SIGNORELLI, M.C. AUAD, D. PEREIRA, P.P.G. Pesquisa etnográfica	Analisar como profissionais da atenção primária à saúde atendem as mulheres em situação de violência doméstica.	A pesquisa revelou atendimentos centrados em: (1) preceitos biologizantes, com foco em lesões físicas e medicalização; destacando-se agentes comunitários de saúde nesta abordagem.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2013 - Brasil LILACS (VCM4)	Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo	MATHIAS, A.K.R.A. BADONE, A.J. OSIS, M.J.D. FERNANDES, A.M.S. Descritivo - transversal	Avaliar a prevalência e fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo (VPI), entre mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Estado de São Paulo.	A prevalência de VPI durante a vida foi de 55,7%, sendo a psicológica, física e sexual de 53,8, 32,2 e 12,4%, respectivamente;
Revista Gaucha de Enfermagem 2012 – Brasil LILACS (VCM5)	Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre	ALVES, E.S. OLIVEIRA, D.L.L.C. MAFFACCIOLLI, R. Exploratório-descritivo	Analisar as repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica contra mulheres, na cidade de Porto Alegre.	A Lei promoveu mudanças nos campos da prevenção da violência, da assistência a mulheres e da punição aos agressores, com aumento da visibilidade conferida a esse fenômeno.
Revista de Saúde Pública 2012 - Brasil LILACS (VCM6)	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	OSIS, M.J.D. DUARTE, G.A. FAÚNDES, A. Descritivo-transversal	Estimar a prevalência de violência em mulheres usuárias da atenção primária em saúde, se essas situações eram detectadas e como eram tratadas pelos profissionais desses serviços	A maioria dos coordenadores disse que situações de violência entre as usuárias eram detectadas, embora 74% dissessem que isso não era investigado rotineiramente, o que foi confirmado por 72,3% dos profissionais. Cerca de 30% mencionaram pelo menos um episódio nos últimos 12 meses; e, 5% disseram ter procurado ajuda em Unidades Básicas de Saúde.
Interface – Comunicação, Saúde, Educação 2009 – Brasil LILACS (VCM7)	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	BORSOI, T.S. BRANDÃO, E.R. CAVALCANTI, M.L.T. Exploratório - qualitativa	Conhecer como os serviços de atenção primária à saúde absorvem e encaminham demandas relativas às situações de violência percebidas pelos profissionais de saúde no atendimento cotidiano às usuárias	Unidade tradicional e Unidade referência para atendimento à vítimas de violência, ambas identificam frequentemente usuárias vítimas de violência doméstica; Na unidade de referência, os profissionais se mostraram mais preparados para identificar o problema quando este não se apresenta de forma explícita e desenvolver ações de acolhimento dentro da própria unidade;
Ciência e Saúde Coletiva 2009 - Brasil	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero –	D'OLIVEIRA, A.F.P.L. SCHRAIBER, L.B. HANADA, H.	Apresentar uma compreensão teórico conceitual da violência de	Demonstram a necessidade de um atendimento integral;

LILACS (VCM8)	uma alternativa para a atenção primária em saúde	DURAND, J. Descritivo – compreensão teórico-conceitual	gênero contra as mulheres articulada com a uma proposta de cuidado	Discutem-se aspectos relativos à conexão do setor saúde com a rede intersetorial de atenção e suas principais dificuldades;
Interface – Comunicação, Saúde, Educação 2009 - Inglaterra LILACS (VCM9)	Violência contra mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	FERRANTE, F.G. SANTOS, M.A. VIEIRA, E.M. Qualitativo	Verificar a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto – SP sobre a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo	Os médicos detêm alguns conhecimentos acerca dos tipos de violência de gênero; Os médicos são capazes de identificar e acolher as mulheres expostas à situação de violência; Os médicos destacam Necessidade de um trabalho integrado e em rede, que ofereça resposta efetiva; bem como necessidade de investimento na qualificação profissional;

Violência contra crianças e adolescentes – VCCA

Caderno de Saúde Pública 2014 – Brasil LILACS (VCCA1)	Family violence and body mass index among adolescents enrolled in the Bolsa Família Program and treated at a primary care clinic	SILVA, A.M.V.L. TAQUETTE, S.R. HASSELMANN, M.H. Transversal	Investigar a relação entre violência familiar e índice de massa corporal (IMC) de adolescentes do Programa Bolsa Família	Os resultados apontam para a necessidade de inovações na abordagem prática quanto ao atendimento nutricional dos adolescentes beneficiados pelo Programa Bolsa Família, levando em consideração a violência familiar;
Ciência e Saúde Coletiva 2014 - Brasil SCIELO (VCCA2)	Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica	MOREIRA, G.A.R. VIEIRA, L.J.E.S. DESLANDES, S.F. PORDEUS, A.A.J. GAMA, I.S. BRILHANTE, A.V.M. Transversal	Analisar os fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica	Os profissionais se sentem despreparados e desprotegidos para atender e resolver demandas de crianças vítimas por violência doméstica; Foram identificadas lacunas relacionadas a intersetorialidade, integralidade e resolutividade que geram sofrimento;
Saúde e Sociedade 2011 - Brasil LILACS (VCCA3)	Estudos sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil	RAMOS, M.L.C.O. SILVA, A.L. Qualitativo	Conhecer como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família atuam ao se deparar com situações de violência doméstica contra a criança	Médicos e enfermeiros, identificaram casos de violência na consulta; A notificação foi citada por 56,9% das notificações, 17,8% foram efetuadas pelo profissional; 45,2% foram feitas aos Conselhos Tutelares; 33,6% foram feitas à Delegacias;

				ACS e profissionais da ESF mostraram importante atuação na identificação de casos de violência.
Revista Baiana de Saúde Pública 2011 - Brasil LILACS (VCCA4)	Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil	LIMA, M.C.C.S. COSTA, M.C.O. BIGRAS, M. SANTANA, M.A.O. ALVES, T.D.B. NASCIMENTO, O.C. SILVA, M.R. Exploratório	Analisar atuação dos profissionais da ESF e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Feira de Santana, Bahia, no ano de 2008, quanto à identificação e notificação de crianças e adolescentes vitimizados pela violência física e sexual	Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Técnicos de Enfermagem identificaram casos de violência em visita domiciliar e por informação de terceiros; A identificação dos casos mostrou associação positiva e significativa com profissional do sexo feminino e ter capacitação prévia;
Caderno de Saúde Pública 2013 - Brasil LILACS (VCI1)	Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde	WANDERBROOKE, A.C.N.D. MORÉ, C.L.O.O. Qualitativa	Descrever a abordagem profissional da violência familiar contra idosos em uma unidade básica de saúde (UBS)	Os dados indicam que há fatores institucionais que desfavorecem a detecção e acompanhamento dos casos como a menor ênfase no trabalho interdisciplinar e rotinas voltadas para a saúde física;
Ciência e Saúde Coletiva 2012 – Brasil SCIELO (VCI2)	Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde	WANDERBROOKE, A.C.N.D. MORÉ, C.L.O.O. Qualitativa	Analisar os significados atribuídos à violência familiar contra o idoso, por profissionais que atuam na atenção primária à saúde	A família é citada como principal fonte de amparo e proteção. Os significados de violência familiar contra o idoso alicerçou-se na ideia “do idoso frágil e dependente”.
Caderno de Saúde Pública 2008 – Brasil LILACS (VCI3)	Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil	MORAES, C.L. JÚNIOR, P.C.A. REICHENHEIM, M. E. Transversal – de base populacional	Estimar a prevalência da violência física contra o idoso no ambiente doméstico em uma população de baixa/média renda assistida pelo Programa Médico de Família na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil	As prevalências foram maiores entre os mais novos, os que moravam com maior número de indivíduos, os com relato de doença articular e entre os que apresentavam história de diabetes; Maior frequência da violência grave entre os idosos com maior escolaridade e entre os que referem problema de memória;

Violência contra idosos – VCI

Caderno de Saúde Pública 2013 - Brasil LILACS (VCI1)	Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde	WANDERBROOCKE, A.C.N.D. MORÉ, C.L.O.O. Qualitativa	Descrever a abordagem profissional da violência familiar contra idosos em uma unidade básica de saúde (UBS)	Os dados apontam para dificuldades dos profissionais de identificar situações de violência e crenças relacionadas à impossibilidade de enfrentá-la; Os dados indicam que há fatores institucionais que desfavorecem a detecção e acompanhamento dos casos como a menor ênfase no trabalho interdisciplinar e rotinas voltadas para a saúde física;
Ciência e Saúde Coletiva 2012 – Brasil SCIELO (VCI2)	Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde	WANDERBROOCKE, A.C.N.D. MORÉ, C.L.O.O. Qualitativa	Analisar os significados atribuídos à violência familiar contra o idoso, por profissionais que atuam na atenção primária à saúde	Segundo os autores os dados evidenciaram que os participantes demonstraram a expectativa de que a família funcione como amparo e proteção A violência familiar fere o princípio da família como amparo e proteção; Os significados de violência familiar contra o idoso mostrou-se alicerçado na ideia “do idoso frágil e dependente”, limitando a visualização de casos que não se enquadram nesse perfil;
Caderno de Saúde Pública 2008 – Brasil LILACS (VCI3)	Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil	MORAES, C.L. JÚNIOR, P.C.A. REICHENHEIM, M. E. Transversal – de base populacional	Estimar a prevalência da violência física contra o idoso no ambiente doméstico em uma população de baixa/média renda assistida pelo Programa Médico de Família na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil	10,1% dos entrevistados relataram a ocorrência de, pelo menos, um ato de violência física contra o idoso no ano anterior; 7,9% violência física não grave; 6,3% violência física grave; As prevalências foram maiores entre os mais novos, os que moravam com maior número de indivíduos, os com relato de doença articular e entre os que apresentavam história de diabetes; Maior frequência da violência grave entre os idosos com maior escolaridade e entre os que referem problema de memória; As prevalências parecem menores entre os viúvos do que entre os com outra situação conjugal;

Violência contra homens - VCH

Revista Saúde Pública 2013 – Brasil LILACS (VH1)	Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde	ALBUQUERQUE, F.P. BARROS, C.R.S. SCHRAIBER, L.B. Transversal	Analisar a associação entre agravos à saúde mental masculina e episódios de violência sofrida	29,4% de prevalência para sofrimento mental; Sofrimento mental foi associado a sofrer violência física e/ou sexual recorrente na vida; A associação com episódio único de violência perdeu significância após a inclusão de uso de substância psicoativa no modelo;
Revista Brasileira de Epidemiologia 2012 – Brasil SCIELO (VH2)	Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde	SCHRAIBER, L.B. BARROS, C.R.S. COUTO, M.T. FIGUEIREDO, W.S. ALBUQUERQUE, F.P. Transversal	Descrever as prevalências da violência psicológica, física e/ou sexual sofridas por homens perpetradores de violência contra a mulher.	As prevalências de violências sofridas na vida foram de 79% para qualquer tipo e por qualquer agressor; Em 14,2% das situações de violência há sobreposição entre sofrer violência por parceira íntima e perpetrar a violência;

Após leitura crítica dos artigos selecionados para análise na íntegra, foi possível identificar 3 categorias temáticas que sinalizaram os desafios e as propostas de atuação da violência para atenção primária no Brasil, sendo elas: 1) O reconhecimento da violência como um problema de saúde, 2) A importância da APS no enfrentamento a situações de violência; 3) O processo de trabalho em saúde e o fenômeno da violência na APS.

1) O reconhecimento da violência como um problema de saúde na atenção primária.

As diferentes formas de manifestação da violência e seu impacto no processo saúde doença vêm exigindo novas formas de abordar o problema nos serviços de saúde demandando, uma readequação dos serviços de saúde e das agendas das políticas públicas. Essa reorganização é impulsionada pelo impacto da violência na morbimortalidade da população, com consequências que ultrapassam os traumas e hematomas, mas que incidem diretamente na qualidade de vida desses indivíduos, e que, portanto, necessitam de uma abordagem integral e ampliada. Nesse sentido, se faz necessário compreender a violência como uma demanda de promoção e prevenção que deve ser enfrentada principalmente no primeiro nível de atenção, ou seja, na atenção primária à saúde (APS) (VG, VCM, VCCA, VCI, VH).

Entretanto, a ampliação da concepção da violência requer a desconstrução de alguns paradigmas ainda consolidados na área da saúde, começando por desvelar, desnaturalizar, “desbiologizar” e “desmedicalizar” a violência e suas consequências, passando assim a ressignificá-la enquanto questão sociocultural com impacto na saúde pública e não apenas na saúde mental e na segurança pública. Apontam assim, a necessidade de ações em saúde que não se restrinjam aos efeitos da violência, mas que ao contrário, sejam ações que incorporem o olhar para o indivíduo e sua visão de mundo, seus costumes, hábitos e valores adquiridos no decorrer de suas trajetórias de vida (VG1, VCM1, VCM3, VCM7).

Essa quebra de paradigmas implica incorporar ao campo da saúde práticas mais humanizadas, contextualizadas e imersas na realidade local. Com isso podemos dizer que a contribuição da saúde na atenção a situações de violência transpõe as intervenções medicamentosas e sintomatológicas e percorre os espaços da prevenção, da assistência integral e do trabalho em rede (FAVORETO, 2006; SANTOS KOERICH, 2009)

Nesse sentido, produzir saúde admite como sinônimo o diálogo, a relação, parceria e responsabilização: entre usuário e profissional, entre os diferentes saberes, entre serviços de saúde e comunidade, entre gestão e serviços de saúde, entre diferentes equipamentos do poder

público, entre teoria e prática e entre políticas públicas e diferentes realidades. Do mesmo modo, aceita que a prevenção e a integralidade são as bases que produzem mudanças e transformam realidades (OLIVEIRA, 2015).

Sendo assim, a atenção primária em saúde se caracteriza como lugar privilegiado na atenção a situações de violência uma vez que as organizações desses serviços se situam mais próximas do território favorecendo diálogos mais horizontais e dinâmicos com o usuário, relações mais duradouras e preocupadas com vínculo e parcerias pautadas na escuta acolhedora, na valorização da autonomia e na corresponsabilização (VG1, VCM1, VCM2, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA2, VCCA3, VCCA4, VCI1).

Esses mesmos olhares que indicam as potencialidades da atenção primária e da estratégia de saúde da família no enfrentamento da violência e pensam possíveis caminhos, reúnem apontamentos sobre os desafios encontrados no trabalho em saúde com a violência. Estes estão relacionados, principalmente, a efetivação nos atendimentos preconizados pelos princípios e diretrizes das políticas de saúde e de atenção a pessoas em situação de violência. Essas publicações assinalam que há lacunas no processo de trabalho dos profissionais da atenção primária entre o que é instituído no nível federal, enquanto políticas e diretrizes públicas, e o que é implantado na prática local (VG, VCM, VCCA, VCI, VH). Lacunas, essas, que representam toda a complexidade e movimento que envolve a violência enquanto fenômeno, tais como, a humanidade, o social, o histórico, o cultural, o físico, o subjetivo, o concreto, o relacional, a individualidade, as contradições, e que estão presentes na atenção a saúde tanto nas práticas profissionais, como na parceria de trabalho em rede e com a gestão, como na vida do usuário (SANTOS, 1996; SAFFIOTI, 1999). Os atores envolvidos acabam por caminhar sozinhos, em silêncio, envoltos em medos e sentimentos de impotência e, a violência permanecendo, em sua complexidade e grandeza, na invisibilidade (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA3, VCCA4, VCI2).

2) A importância da atenção primária à saúde no enfrentamento das situações de violência

A atenção primária a saúde é tida como o local privilegiado para atuação no enfrentamento das violências, justamente por ser o primeiro nível de atenção e estar próxima do indivíduo, da sua família e da comunidade, possibilitando aos profissionais o reconhecimento da dinâmica sociofamiliar e comunitária daquela população. (VG1, VCM1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA3, VCCA4, VCI1).

Contudo, essa percepção só será desvelada aos profissionais de acordo com o processo de trabalho estabelecido, ou seja, estar próximo do indivíduo e da comunidade por si só não garante o reconhecimento de suas peculiaridades, é preciso estabelecer modelos de atendimentos que apreendam os sujeitos, seus costumes e necessidades, de forma interativa e dinâmica (PINHEIRO, 2007), entendendo o processo de trabalho em saúde como “*cenário vivo*” (PINHEIRO, 2007) e um “*vir a ser*” (OLIVEIRA, 2015) *centrado no indivíduo* (OLIVEIRA, 2015), *considerando, pois, a mobilidade do sujeito múltiplo acompanhado das instabilidades dos “locus sociais”* (PINHEIRO, 2007).

Sendo assim, o acolhimento, a escuta competente, relações mais duradouras e com vínculo, a facilidade de acesso, o cuidado ampliado e o trabalho em rede, são características da atenção primária à saúde que tem papel central e função essencial quando se trata da violência. Os profissionais da saúde que compõe a APS local, por exemplo, são recursos efetivos na prevenção, na identificação e intervenção precoce em situações de violência (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA3, VCCA4, VCI2).

Nesse sentido, os estudos analisados destacam a importância da atenção primária a saúde ser articuladora do cuidado em rede e apontam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta para a reorganização do modelo assistencial, com condições de propor e criar, a partir dos territórios, formas locais de intervenção e enfrentamento desse fenômeno. A ESF constitui, pois, lugar privilegiado e protagonista de espaços produtores de reflexão e articulações estratégicas com a rede de assistência a situações de violência (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA3, VCCA4).

Conforme aponta Pinheiro (2007) a atenção primária em saúde configura o espaço onde se expressam formas de criação e de apropriação da produção e reprodução da vida, que se admitido como instrumento de mudança do cotidiano, ganham materialidade política e social.

Para tanto, a atenção primária em saúde precisa assumir seu papel de articuladora do cuidado, de centro da comunicação para que os possíveis diálogos se estabeleçam, de lugar com postura reflexiva e portadora de sentido, de cenário que garante acessibilidade e integralidade no cuidado, onde as barreiras do reducionismo são transpostas em busca da produção de um cuidado com foco nas múltiplas dimensões e na dinâmica da vida real, considerando o sujeito e a coletividade como um todo como objeto de sua intervenção (SANTOS KOERICH, 2009)

Nesse mesmo sentido, ao refletir sobre as potencialidades e de um “*devir a ser*” da atenção primária em saúde, os estudos que compõem essa revisão apontam algumas barreiras identificadas pelos serviços para concretização de ações de cuidado no enfrentamento da violência, tais como: a pouca nitidez conceitual entre os profissionais da saúde; a insuficiente

capacitação e sensibilização dos profissionais e a predominância do modelo biologizante com ênfase nas marcas manifestas fisicamente. Essas características perpetuam a dificuldade das vítimas de violência em identificar as Unidades de Saúde (US) como local de apoio e acompanhamento, e a dificuldade dos profissionais em constituir foco comum, pautado no diálogo com os usuários e outros profissionais da rede. As barreiras acabam por se sobrepor às potencialidades da atenção primária à saúde, e os profissionais que atuam nesse nível de atenção acabam por reproduzir atendimentos pontuais, pautados na queixa-conduta e na espera da violência “bater na porta da unidade de saúde” (VG1, VCM, VCCA, VCI, VH).

Tal como afirma Brehmer (2010) a mudança começa em cada um e sem ela a legislação, assim como as políticas, se tornam tanto injustas quanto ineficazes (SAFFIOTI, 1999).

3) O processo de trabalho em saúde e o fenômeno da violência

Para qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção primária para as demandas de violência foram destacados pelos estudos, duas possibilidades: 1) a integralidade no cuidado e acompanhamento dos indivíduos em situação de violência, 2) a atuação em rede integrada e intersetorial.

No que diz respeito à integralidade, preconiza-se a atuação em duas dimensões: a integralidade no cuidado; e a integralidade nas ações (PINHEIRO, 2007) A integralidade no cuidado requer o reconhecimento do outro enquanto sujeito e protagonista no acompanhamento e não somente a visão unilateral do profissional sobre o indivíduo. Essa dimensão da integralidade requer a construção de projetos terapêuticos singulares que permitam a construção conjunta, entre profissionais e as pessoas em atendimento, de planos e metas para solução do problema, mas, para isso, é necessário que esses indivíduos sejam apreendidos como sujeitos sociais, vivos, ativos e corresponsáveis nas ações e não como “pacientes”. (VG1, VCM1, VCM3, VCM7). Essa percepção agrega o ideal da integralidade enquanto perspectiva biopsicossocial por parte do profissional, com o do indivíduo de forma dinâmica e interativa, necessitando para isso abordagens interdisciplinares. (VG, VCM, VCCA, VCI, VH)

A integralidade nas ações, deve integrar e efetivar práticas de prevenção, promoção e proteção da saúde, garantindo aos indivíduos em situação de violência um acompanhamento amplo, mais resolutivo quanto possível, pautado no encontro entre seres humanos, na postura ética de sigilo e preocupações com o outro, acolhimento coletivo, cooperativo, interações constantes e compartilhamento de saberes (OLIVEIRA, 2015; BRASIL 2010).

Nesse sentido, os estudos sugeriram para a prevenção de situações de violência e a promoção da saúde e da não violência: ações expandidas para o território; promoção de boa comunicação e boas relações interpessoais no serviço; adoção de práticas não violentas nos serviços; combate à violência institucional; atuação contra a banalização da violência; promoção de direitos, e o fortalecimento e emancipação de usuários e trabalhadores (VG, VCM, VCCA, VCI, VH).

Essas atuações multidisciplinares que evocam o diálogo, a expansão e a parceria relacionam o cuidar com o espaço do vivido, e toda a complexidade que o compõe, como locus dinâmico e em constante construção na relação entre os autores. Assim, esse espaço multidimensionalmente em movimento e permeado de símbolos individuais e coletivos, dependem da transposição da fragmentação e superação das fronteiras disciplinares existentes, para compor atuações interdisciplinares, intersetoriais e responsáveis. Essas atuações implicam, conforme já expresso anteriormente, mudar as narrativas por meio da ampliação e contextualização do fenômeno, do usuário, dos profissionais e da Clínica, englobando-os nas dimensões humanas carregadas de historicidade, cultura, sentido, subjetividade, individualidade e coletividade (PINHEIRO, 2007; SANTOS KOERICH, 2009).

Nessa mesma direção de proposições que extrapolam o básico, os artigos reconhecem os espaços em grupo, como lugar privilegiado para a prevenção e identificação de casos de violência, principalmente a violência contra a mulher. Também, a cobertura de seu território; o acesso frequente, constante e legitimado ao longo da vida dos usuários, e a expansão da visita domiciliar através da Estratégia de Saúde da Família – ESF como meios eficazes na conquista da assistência integral a vítimas de violência (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA3, VCCA4, VCI2).

Na segunda, a da atuação em rede integrada e intersetorial, os estudos reconhecem que, assim como a violência é um fenômeno social que interfere no processo saúde doença, seu enfrentamento também perpassa os espaços de saúde e requer integração com outras políticas, como a de Assistência Social e a de Segurança Pública, entre outras (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA3, VCCA4, VCI2).

No entanto, para além de reconhecer e identificar outras políticas que trabalham no combate à violência é preciso estabelecer diálogos com os diferentes serviços e profissionais operadores destas políticas que têm público alvo em comum, de forma a não justapor os atendimentos, mas sim, somá-los e complementá-los (MENDES, 2010)

A constituição de redes de atenção intersetorial e a implementação de linhas de cuidados para os casos de violências nos diferentes grupos populacionais (mulheres, crianças e adolescentes; idosos e homens), configuram-se como a melhor estratégia de ação para esse

problema, tanto que, são preconizadas pelas políticas que atuam com esse segmento (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011; BRASIL, 2015)

Contudo, os próprios estudos apontam desafios no estabelecimento dessas redes devido às dificuldades de convencimento das coordenações dos serviços e profissionais, em compartilharem conhecimentos e experiências em busca de aprendizados que os façam contribuir na produção de novos sentidos e modos de viver que recuperem direitos, estimule e produza a integralidade no cuidado e torne visível a violência (VG1, VCM3, VCM7, VCM8, VCM9, VCCA3, VCCA4, VCI2).

Portanto, as ações destinadas aos diferentes grupos em situação de violência devem se alicerçar em uma assistência corresponsável entre serviços de saúde, usuários e demais serviços que atuam com essa demanda de forma a garantir um acompanhamento, integral e intersetorial a esses indivíduos.

CONCLUSÃO

A revisão apresentada pode caracterizar a produção sobre o fenômeno da violência no contexto da atenção primária no Brasil e sobre quais concepções e bases teóricas estão sendo construídos. Por meio dela foi possível apreender que, apesar de das singularidades quanto as formas que a violência pode assumir ou as especificidades das assistências aos diferentes segmentos, o fenômeno da violência quando se aproxima da área da saúde e das práticas demonstra igualmente as mesmas dificuldades em relação a detecção e acompanhamento pela atenção primária dado a peculiaridade social e não fisiológica do problema.

Por fim, pelo olhar da saúde, esse objeto ainda se mostra fundamentado e significado no interior de conceitos hegemônicos, racionalizadores e biologizantes, que não comportam sua gênese e neutralizam práticas mais ampliadas, humanizadas e integrais que poderiam ser mais efetivas.

A violência permanece, pois, em dores e marcas do vivido que ainda não têm expressão nos serviços de saúde. Elas estão no silêncio, na negação, no indizível, no invisível e na solidão. Nesse sentido, na prática operada nos serviços ainda não é pauta para implementação de políticas públicas de atenção às pessoas em situação de violência, nem das agendas de gestores e profissionais. É grande a lacuna existente entre as proposições e as práticas, sendo escassas as formações tanto acadêmicas, quanto de capacitação e educação permanente, relativas a essa temática.

Onde se preconiza o acesso, ações de prevenção, vínculo, visitas domiciliares, assistência continuada, identificação da violência, sigilo, notificação e atenção multidisciplinar

e intersetorial, mantém-se lacunas, que se concretizam em práticas pouco eficientes, reprodutoras dos mesmos modelos e de novas situações de violência.

Sendo assim observou-se que o principal desafio da atenção primária à saúde em relação à violência, está na efetivação do processo de trabalho, pois as ações ainda estão muito aquém de garantir a integralidade do cuidado e a intersetorialidade nas ações, sendo ainda distante o ideal de rede de atenção para essa demanda.

Nesse sentido, a fragmentação e fragilidades de atuação que dizem respeito a diferentes e diversas ordens, tais como tempo de consulta, falta de capacitação, falta de equipamentos de rede, aculturação, deficiência de implementação das políticas públicas nacionais na esfera local, precisam ser superadas.

Portanto, conclui-se que os gestores e profissionais que atuam na atenção primária a saúde precisam compreender o fenômeno da violência como um processo que se inicia nas dinâmicas familiares e comunitárias e se expressa diretamente na saúde dos diferentes segmentos etários.

Em se tratando, pois, de um fenômeno de natureza social, que envolve construções culturais e históricas que, em sua maioria, estão vinculadas à subjetividade e ao âmbito do privado, o acompanhamento dessa demanda impõe novos desafios e problemas aos profissionais para a atenção à saúde, exigindo uma readequação da organização dos serviços por meio de um processo de trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Observou-se que os diferentes grupos populacionais do país estão contemplados, seja nas políticas de enfrentamento e/ou nas leis de proteção às situações de violências, porém há ainda uma grande dificuldade de interpretação e concretização desses documentos no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde. O limite apontado no processo de trabalho remete inicialmente a questões socioculturais da compreensão do que é violência para os profissionais, de modo a sensibilizá-los e prepará-los, para que possam concretizar a detecção e planejar as ações.

Diante desse contexto, se faz necessário o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem o processo de trabalho na atenção primária em relação à violência nos diferentes grupos populacionais e apontem novas estratégias de qualificar a assistência prestada para essa demanda visando assim a transformação desse cenário.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL, Ministério da Justiça. Estatuto da criança e do adolescente, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências, 2001.

BRASIL, Ministério da Justiça. Estatuto do idoso, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, 2004.

BRASIL, Ministério da Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social, 2005.

BRASIL, Ministério da Justiça. Lei nº 11.340/06. Lei Maria da Penha, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências. Brasília, 2010.

BRASIL, Secretaria de Políticas para Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da criança, 2015.

BREHMER, L.C.F., VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3569-3578, 2010

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health*, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

HAYECK, C.M. Refletindo sobre a Violência. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Ano I. Número I. Julho – 2009.

MASCARENHAS, M.D.M. *et al.* Violência contra pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor de saúde – Brasil, 2010. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2331-2341, 2012.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MENDES, E.V. As redes de atenção. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R. Violência e Saúde como Campo Interdisciplinar e de ação coletiva. Revista História, Ciências, Saúde. Vol. IV(3), Nov. 1997 – Fev. 1998.

MINAYO, M.C.S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M.C.S. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5):1641-1649, 2009.

OLIVEIRA, J.R., ALBUQUERQUE, M.C.S., BRÊDA, M.Z., BARROS, L.A., LISBÔA, G.L.P. Concepções e práticas de acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da atenção básica a saúde. Revista de enfermagem, UFPE on line, Recife, 9(Supl. 10): 1545-55, dez., 2015.

PINHEIRO, R., LUZ, M.T. (org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. 228p.

SAFFIOTI, H.I. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo em perspectiva, 13(4), 1999.

SANTOS, C.M., IZUMINO, W.P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. Estudios Interdisciplinarios de America Latina y El Caribe, Universidade de Tel Aviv, 2005

SANTOS KOERICH, M., STEIN BACKES, D., MACÊDO DE SOUSA, F.G., ERDMANN, A.L. A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde, Revista eletrônica quadrimestral de enfermagem. Nº 17. Outubro de 2009.

SCHRAIBER, L.B. *et. al.* Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Revista de Saúde Pública, 41(3):359-67, 2007.

VEIGA-NETO, Alfredo. Michel Foucault e educação: há algo de novo sob o sol? In: VEIGA-NETO, Alfredo. Crítica pos-estruturalista e educação. Porto Alegre: Sulina, 1995. p.9-56.

WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência de 2014: Os Jovens do Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional da Juventude. Disponível em: <www.juventude.gov.br/juventudeviva>, acessado em 05/08/2014. Brasília, 2014 m 05/08/2014. Brasília, 2014.

4.2 Caracterização dos resultados a partir da contextualização dos serviços

Para realizar uma avaliação é necessário descrever e contextualizar os dados. Sendo assim, serão apresentados os serviços que compõem a amostra, a partir de informações do QualiAB e de fontes secundárias.

Conforme mencionado anteriormente, participaram dessa pesquisa 157 serviços de APS localizados em 41 municípios da RRAS 09, no estado de São Paulo. Segundo o IBGE, na RRAS 09 91,2% dos municípios tem uma população de até 50.000 habitantes. Os municípios se caracterizam por serem de baixa densidade demográfica e grande extensão territorial. Desse modo, podemos observar na aplicação do QualiAB em 2014 uma concentração de municípios com até 50.000 habitantes (88%).

Com relação à divisão geográfica, para provimento de serviços de saúde e organização em regiões de saúde, a RRAS09 conta com 5 regiões articuladas por meio de Comissões Intergestores Regionais (CIR). Todas as CIRs reuniram serviços que participaram da aplicação do QualiAB em 2014.

A CIR com maior cobertura na aplicação do QualiAB neste ano foi a do Pólo Cuesta que contou com a participação de 92,3% de seus municípios e abrangeu 86,5% dos serviços. Vale do Jurumirim obteve a segunda maior cobertura, com 65% de seus municípios e 48% dos serviços. Lins participou com 62,5% de seus municípios e 59,5% de seus serviços. Bauru, por sua vez, contou com 50% de seus municípios e 44% de seus serviços e, por último, a região de Jau que contou com 33,33% de seus municípios e 24,1% de seus serviços.

Tabela 2 – Distribuição da participação dos municípios segundo CIR. RRAS 09, QualiAB 2014.

Comissões Intergestores Regionais	N municípios	%	f	%
Bauru	9	50%	45	44%
Jau	4	33,3%	13	24,1%
Lins	5	62,5%	22	59,5%
Pólo Cuesta	12	92,3%	45	86,5%
Vale do Jurumirim	11	65%	32	48%
Municípios APS avaliados RRAS09 (N)	41 (100%)			
Serviços de APS avaliados RRAS09			157 (100%)	

Tabela 3 – Proporção de serviços participantes por município. RRAS 09, QualiAB 2014.

Município	f	%
Anhembi	2	100%
Arealva	3	50%
Areiópolis	4	100%
Avaré	11	73,3%
Barão de Antonina	1	50%
Barra Bonita	7	100%
Bauru	15	62,5%
Bofete	1	100%
Botucatu	20	100%
Cafelândia	3	75%
Cerqueira Cesar	3	50%
Conchas	1	20%
Coronel Macedo	3	100%
Duartina	2	66,7%
Fartura	3	100%
Guaiçara	1	20%
Iacanga	3	100%
Igaraçu do Tietê	4	100%
Itaí	1	14,3%
Itapuí	1	25%
Itatinga	1	50%
Laranjal Paulista	6	100%
Lençóis Paulista	8	80%
Lins	9	75%
Lucianópolis	1	100%
Manduri	3	100%
Mineiros do Tietê	1	100%
Pardinho	1	100%
Pederneiras	10	83,3%
Pereiras	1	25%
Piraju	2	28,6%
Porangaba	1	25%
Presidente Alves	2	100%
Promissão	8	66,7%
Reginópolis	1	100%
São Manuel	6	86%
Sarutaia	1	100%
Taguaí	1	33,3%
Tejupá	3	100%
Torre de Pedra	1	100%
Uru	1	100%
Serviços APS avaliados RRAS09	157 (100%)	

Conforme Tabela 4, podemos observar que, o universo estudado abrangeu 60,3% dos municípios da RRAS09, entretanto, a aplicação do QualiAB em 2014 cobriu 100% dos serviços em 20 municípios, correspondente a 50% da amostra dessa pesquisa. Também, obteve cobertura acima de 70% dos serviços em 26 municípios, ou seja em 63,4% da amostra. Apenas 8 municípios (19,5%) tiveram menos de 50% dos serviços avaliados por essa pesquisa.

No que se refere às características dos serviços estudados, as questões 1, 2, 5, 6, 11, 116, 118, 120, 124 e 125 foram tomadas como base para caracterização dos serviços de APS participantes (Quadro 2).

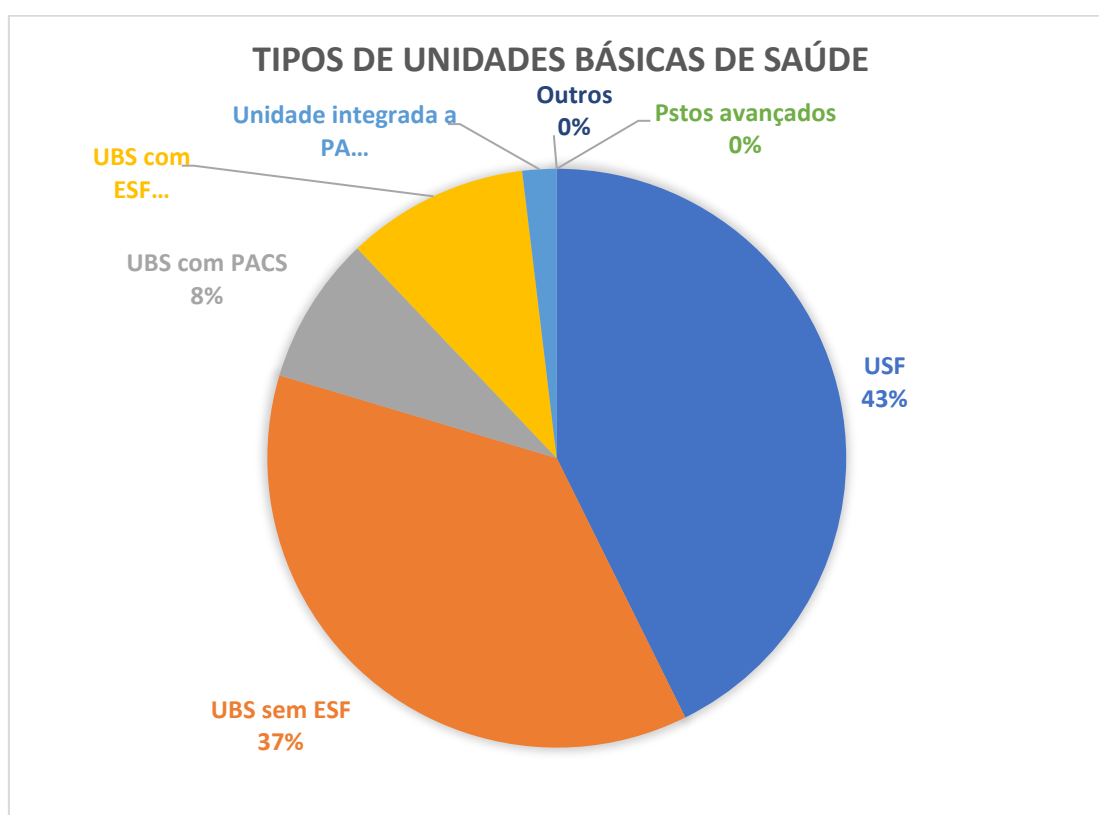


Gráfico 1 – Tipo de unidade segundo autoidentificação dos serviços. RRAS 09, QualiAB 2014.

O Gráfico 1 evidencia que a maioria das unidades dividem-se entre as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde tradicionais, ou sem Estratégia de Saúde da Família.

Com relação à instituição que assume a gestão administrativa desses serviços, podemos observar, como demonstra o gráfico 2, que 87% dos serviços são administrados por Secretaria, Diretoria ou Coordenadoria Municipal de Saúde.

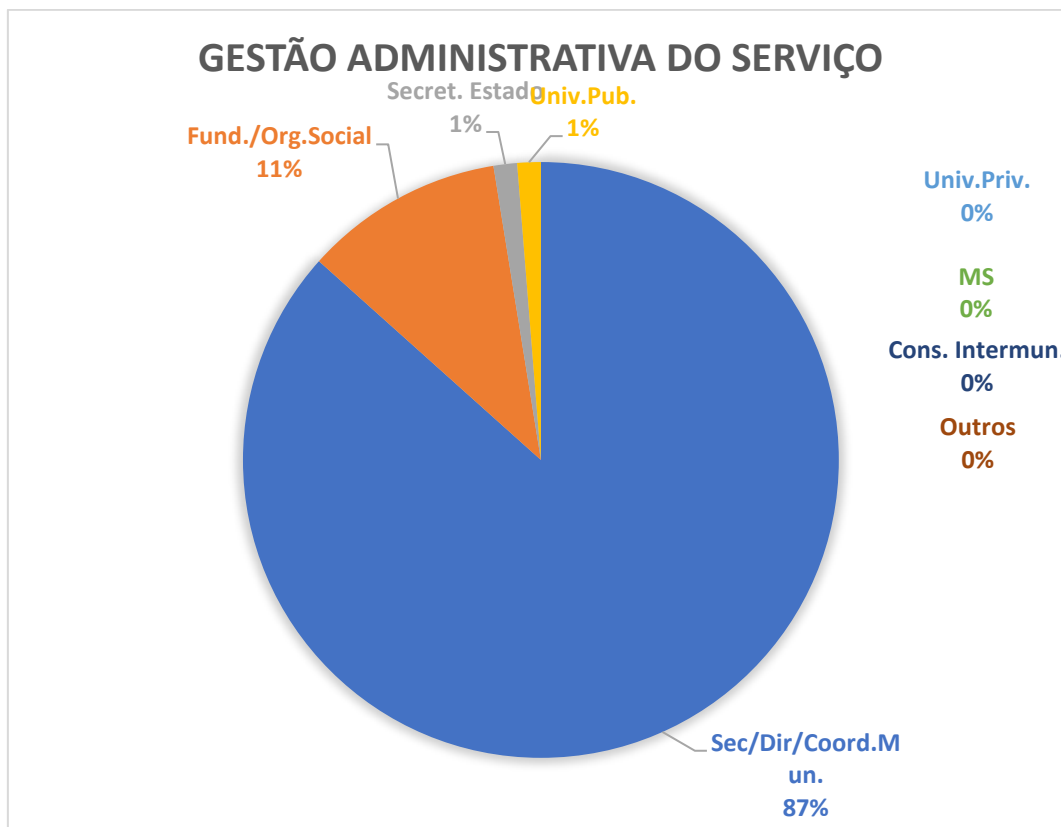


Gráfico 2 – Gestão administrativa das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB 2014.

Sobre a localização dessas unidades, conforme demonstrado no gráfico 3, 144 delas, ou seja 92%, se localizam em áreas urbanas, sendo que a maioria dessas unidades, localizadas na área urbana, se encontram em áreas urbanas – periféricas, 95, 61%.

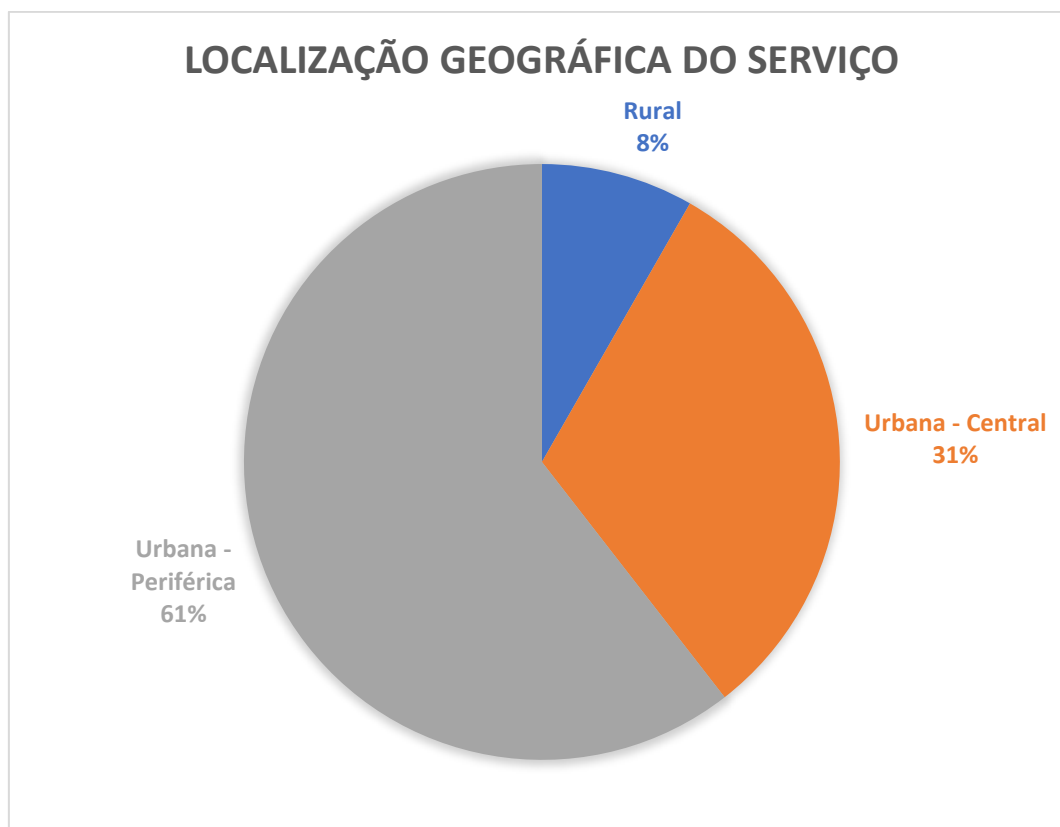


Gráfico 3 – Localização Geográfica unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB 2014.

Os grupos populacionais específicos presentes nos territórios de atuação dessas unidades que ocorrem com maior presença são os trabalhadores sazonais e volantes, pessoas em situação de rua e profissionais do sexo.

Tabela 4 – Grupos populacionais presentes nos territórios de abrangência das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB, 2014.

Grupo Populacional	f	%
Indígenas	2	1,3%
Quilombolas	0	0%
Populações ribeirinhas	4	2,5%
Ciganos e nômades urbanos	9	5,7%
Acampados e assentados	18	11,5%
Trabalhadores Sazonais e volantes	63	40,1%
Pessoas em situação de rua	50	31,8%
Profissionais do sexo	59	37,6%
Moradores de abrigos, albergues	24	15,3%
Pessoas privadas de liberdade	19	12,1%
Imigrantes	12	7,6%
Outros*	6	3,8%
Não ocorre a presença desses grupos populacionais no território	54	34,4%

Fonte: As Autoras

*população em uso abusivo de álcool e outras drogas.

Outra característica dessas unidades diz respeito aos horários de funcionamento. Nesse sentido, cerca de 92% das unidades funcionam todos os dias nos períodos da manhã e da tarde.

Tabela 5 – Períodos de funcionamento das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB, 2014.

Períodos de Funcionamento	f	%
Todas as manhãs	144	92%
Todas as tardes	143	91%
Todas as noites	12	8%
Algumas manhãs	10	6%
Algumas tardes	9	6%
Algumas noites	17	11%
24 horas	3	2%

Fonte: As autoras

Do total das unidades estudadas, 66, ou seja, 42% receberam profissionais de programas de provisão de médicos e 56,7% das unidades não receberam profissionais de nenhum programa.

Tabela 6 – Programas de provisão de profissionais de nível universitário segundo frequência e proporção de serviços contemplados. RRAS 09, QualiAB, 2014.

Programa	f	%
Mais médico	45	28,7%
Provab médico	21	13,4%
Provab enfermeiro	1	0,6%
Provab dentista	0	0%
Outros*	6	3,8%
Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio	89	56,7%

Fonte: As Autoras

* Estagiários e Programa Sorri SP

Com relação à gerência local das unidades, como demonstrado abaixo, 79% delas são gerenciadas por profissionais enfermeiros.

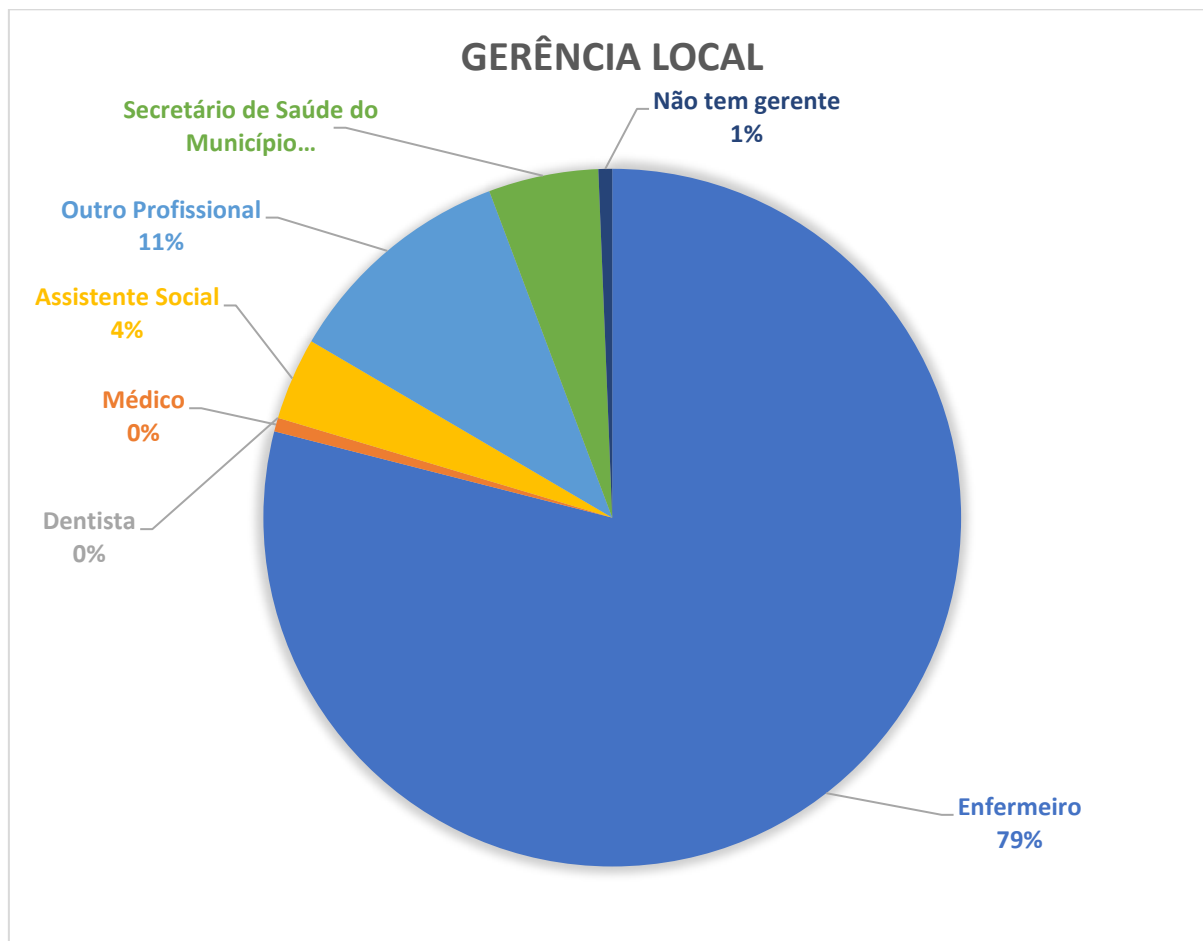


Gráfico 4 – Formação profissional dos responsáveis pela gerência local das unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB, 2014.

Ainda, com referência aos mecanismos predominantes de relacionamento que essas unidades mantêm com o nível central, observamos que há o predomínio de reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas ou de reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada.

Tabela 7 – Mecanismos de relacionamento entre serviço e nível central. RRAS 09, QualiAB, 2014.

Mecanismos de Relacionamento entre Unidade e Nível Central	f	%
Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas	68	43,3%
Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada	63	40,1%
Visita eventual de supervisão	6	3,8%
Comunicações escritas ou por internet	12	7,6%
Não existem mecanismos formais de articulação entre as unidades locais e o nível central	8	5,1%

FONTE: As Autoras

As pautas das reuniões de equipe dessas unidades incluem uma diversidade ampla de temas, prevalecendo os informes, as rotinas da unidade, a organização do trabalho, incluindo avaliação e implementação de novas ações e discussões de caso.

Os principais meios de comunicação com os usuários adotados por essas unidades abrangem principalmente caixa ou livro de sugestões e reclamações, linha telefônica específica para reclamações ou sugestões, sistemas de ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde e diretamente à direção local da unidade. Cabe ressaltar que a principal estratégia utilizada é ao contato direto com a direção da unidade, em 122 serviços, o que corresponde a 78% da amostra.

Por fim, com relação aos principais obstáculos enfrentados pelas unidades, podemos observar, conforme quadro abaixo, que os principais problemas identificados pelas unidades dizem respeito à inadequação do espaço físico, ao excesso de demanda, inadequação da postura dos usuários, a má remuneração dos profissionais, falta de recursos humanos e a falta de contra referência por parte dos serviços especializados.

Tabela 8 – Obstáculos apontados pelas unidades básicas de saúde. RRAS 09, QualiAB 2014.

Obstáculos a serem superados	f	%
Falta de contra referência por parte dos serviços especializados	80	51%
Falta de recursos humanos	75	47,8%
Inadequação do espaço físico	73	46,5%
Excesso de demanda	71	45,2%
Inadequação da postura dos usuários	70	44,6%
Má remuneração dos profissionais	70	44,6%
Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura	61	38,9%
Falta de retaguarda de serviços especializados para referência	51	32,5%
Falta de mobilização da comunidade	46	29,3%
Necessidade de informatizar o registro de dados	43	27,4%
Não cumprimento do horário médico	33	21%
Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência	33	21%
Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário	32	20,4%
Falta de capacitação da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal	31	19,7%
Falta de realização de um trabalho em equipe	23	14,6%
Falta de compromisso dos profissionais médicos	22	14%
Falta de capacitação adequada da equipe de nível universitário	20	12,7%
Falta de medicamentos	14	8,9%
Falta de compromisso da equipe técnica de enfermagem e/ou saúde bucal	12	7,6%
Não existem obstáculos importantes	12	7,6%
Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário	8	5,1%
Outros*	5	3,2%

FONTE: As autoras

*estrutura, acesso e falta de protocolos

4.2.1 Caracterização das ações de atenção a saúde voltadas a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal desenvolvidas pelos serviços de APS da RRAS09, em 2014

As ações voltadas para a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal desenvolvidas pelos serviços de APS das RRAS09 podem ser caracterizadas pelas respostas às questões originárias do QualiAB.

A seguir é apresentada uma descrição das ações que são desenvolvidas pelos serviços, exibida de acordo com os domínios e subdomínios.

Domínio 1: Produção de Saúde e Prevenção da Violência

Subdomínio 1: Promoção de saúde e garantia de direitos que reduzem riscos e vulnerabilidades

As respostas dos serviços mostram que as ações mais realizadas pelos serviços dizem respeito à saúde sexual e reprodutiva, principalmente voltadas para a dispensação de métodos contraceptivos, prevenção DST e aids e puerpério.

Quanto às ações menos realizadas, estas dizem respeito atividades extra-muros, atividades em grupo e atividades com foco nos direitos sociais.

Tabela 9 – Relação de indicadores de Promoção de Saúde e Garantia de Direitos que Reduzem Riscos e Vulnerabilidades, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.

Questão/ Alternativa	Indicadores	f	%
41.3	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de camisinha (preservativo masculino)	151	96,2
42.2	Dispensação de preservativos por meio de exposição em local de fácil acesso para a população em geral	136	86,6
70.14	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que abordam a orientação para inscrição em Programas Sociais	134	85,4
24.2	Educação em saúde extra-muros que abordam a prevenção de DST e aids	128	81,5
60.11	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que envolvam a identificação das gestantes de alto risco	128	81,5
41.1	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de pílula (anticoncepcional oral)	127	80,9
49.3	Ações regularmente desenvolvidas voltadas à saúde da mulher que abordam a prevenção e controle das DST e aids	123	78,3
60.3	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que abordam os riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas	123	78,3
41.2	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de anticoncepcional injetável	119	75,8
66.4	Ações regularmente desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) que abordam o aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)	117	74,5
97.2	Ações regularmente programadas voltadas a saúde do homem que abordam a prevenção DST/aids	116	73,9
41.4	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de preservativo feminino	111	70,7
66.5	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério tardio que abordam orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento	111	70,7
31.2	Atividades em instituições para adolescentes que abordam a sexualidade e a prevenção de DSTs e aids	104	66,2
65.8	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato na Unidade que abordam as condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos	102	65

101.2	Aconselhamento pós-teste com explicação do resultado, orientação sobre prevenção e sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo), em caso de resultado negativo para as sorologias para HIV, Sífilis e Hepatites B e C	97	61,8
65.2	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato (até 10 dias após o parto) na unidade que abordam o histórico do parto (tipo, intercorrências, vivência, entre outros)	95	60,5
100.3	Notificação e convocação para orientação sobre os diagnósticos, alternativas de tratamento e cuidados com parceiros (as); acompanhamento e encaminhamento para serviços especializados, quando indicado, em caso de resultado positivo de sorologia para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis	95	60,5
114.2	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolve atividades de educação em saúde	94	59,9
65.10	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato na Unidade que abordam orientações sobre atividade sexual e contracepção	92	58,6
74.2	Atividade de rotina realizadas com adolescentes, na Unidade, que abordam orientações sobre sexualidade e prevenção DST / aids	92	58,6
91.1	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que abordam o diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção	91	58
63.3	Nos casos de gestantes com HIV positivo, realização do pré-natal em serviços de referência mantendo-se simultaneamente acompanhamento na unidade	90	57,3
114.11	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a captação de gestantes para inscrição no pré-natal	89	56,7
24.8	Educação em saúde extra-muros que abordam a saúde do homem	87	55,4
58.3	Média de consultas por pré-natal de baixo risco entre 6 e 7 consultas	86	54,8
114.17	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a identificação e orientação de usuários acamados	86	54,8
49.4	Ações regularmente desenvolvidas voltadas à saúde da mulher que abordam o planejamento reprodutivo	85	54,1
114.12	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a captação de crianças menores de um ano	84	53,5
86.4	Ações regularmente programadas para a atenção aos idosos que abordam a prevenção de quedas	83	52,9
97.5	Ações regularmente programadas voltadas a saúde do homem que abordam o acesso a métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)	82	52,2
62.1	Nos casos de gestantes com diagnóstico de Sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é realizado na unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro	79	50,3
78.19	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que abordam a testagem e aconselhamento de DST, aids e hepatites virais	71	45,2
70.16	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que abordam a orientação para prevenção de acidentes	67	42,7
86.7	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a prática corporal e atividades físicas	66	42
60.14	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que abordam a realização de grupos educativos para gestantes adolescentes	65	41,4
60.5	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que abordam a avaliação das condições de trabalho	64	40,8
29.3	Educação em saúde com gestantes regularmente desenvolvidas por meio de grupos periódicos	63	40,1

41.7	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de Pílula do dia seguinte	63	40,1
65.1	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato (até 10 dias após o parto) na unidade que abordam a evolução da gestação (vivência, intercorrências, exames laboratoriais)	62	39,5
70.4	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvem o encaminhamento para banco de leite ou para acesso a leite modificado quando há contraindicação para aleitamento materno (HIV, entre outros)	62	39,5
91.12	Ações realizadas no domicílio ou instituições para o cuidado de pessoas acamadas que abordam a discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, entre outros)	62	39,5
32.4	Ações programadas de prevenção DST/aids para adolescentes em geral	59	37,6
41.5	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de DIU	59	37,6
25.6	Atividades extra-muros articuladas com outras secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outras)	56	35,7
61.4	No caso de gestação de alto risco, a gestante é encaminhada para serviços de referência e mantém acompanhamento na unidade	56	35,7
74.1	Atividades de rotina realizadas com Adolescentes, na Unidade, que abordam o acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência	56	35,7
93.8	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam a discussão de caso com equipes de apoio e/ou serviços da rede de saúde	56	35,7
104.6	Ações na atenção a pessoas com deficiência (PCD) (limitações físicas e/ou psicossociais) desenvolvidas que abordam orientações quanto aos direitos sociais	54	34,4
86.8	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a sexualidade e DST/aids	53	33,8
91.7	Ações realizadas no domicílio ou instituições para o cuidado de pessoas acamadas que abordam orientações quanto aos direitos sociais	53	33,8
104.5	Ações na atenção a pessoas com deficiência (PCD) (limitações físicas e/ou psicossociais) desenvolvidas que abordam a articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)	53	33,8
70.17	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a orientação sobre sexualidade e educação sexual	52	33,1
74.3	Atividades de rotina realizadas com adolescentes, na Unidade, que abordam o planejamento reprodutivo	49	31,2
105.8	Ações realizadas para atenção à saúde do trabalhador que envolvem orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho	49	31,2
86.11	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam os direitos da pessoa idosa	46	29,3
66.7	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério tardio que abordam orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas	45	28,7
78.15	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que abordam a saúde do trabalhador	42	26,8
97.1	Ações regularmente programadas voltadas a saúde do homem que abordam a saúde do trabalhador	41	26,1
32.6	Ações programadas de prevenção DST/aids realizadas pela Unidade para pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas	40	25,5
65.11	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato na Unidade que abordam orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas	40	25,5
30.17	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outras) que abordam a sexualidade e educação sexual	38	24,2
32.5	Ações programadas de prevenção DST/aids para jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social	38	24,2

25.5	Atividades periódicas extra-muros sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade	36	22,9
32.2	Ações programadas de prevenção DST/aids para grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo e outros	36	22,9
24.7	Educação em saúde extra-muros que abordam a promoção do envelhecimento saudável	35	22,3
95.5	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam discussões em equipe para construção de projeto terapêutico	35	22,3
32.3	Ações programadas de prevenção DST/aids realizadas pela Unidade para escolares de nível fundamental	34	21,7
31.1	Atividades em instituições para adolescentes que abordam o desenvolvimento e as mudanças na adolescência	33	21
58.2	Média de consultas por pré-natal de baixo risco de 8 consultas ou mais	31	19,7
105.9	Ações realizadas para atenção à saúde do trabalhador que envolvem orientações quanto aos direitos sociais	31	19,7
104.8	Ações na atenção a pessoas com deficiência (PCD) (limitações físicas e/ou psicossociais) desenvolvidas que abordam ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva	29	18,5
74.4	Atividades de rotina realizadas com Adolescentes, na Unidade, que abordam o atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos	26	16,6
91.9	Ações realizadas no domicílio ou instituições para o cuidado de pessoas acamadas que abordam orientações e assistência em saúde sexual e reprodutiva	26	16,6
29.4	Educação em saúde com gestantes desenvolvidas regularmente por meio de grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares	25	15,9
25.3	Rodas de conversa extra-muros com temas definidos pela comunidade	24	15,3
95.4	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos	24	15,3
24.14	Educação em saúde extra-muros que abordam a prevenção de acidentes e doenças do trabalho	20	12,7
30.8	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outras) que abordem a prevenção de acidentes domésticos	19	12,1
90.6	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que abordam grupo de apoio aos cuidadores	13	8,3
32.7	Ações programadas de prevenção DST/aids para comunidades rurais, indígenas ou quilombolas	7	4,5
32.8	Ações programadas de prevenção DST/aids realizadas em instituições na comunidade como centros de convivência	6	3,8
31.11	Atividades em instituições para adolescentes que abordam a inserção no mercado de trabalho	3	1,9

Fonte: As Autoras. QualiAB, 2014.

Subdomínio 2: Prevenção a violência interpessoal

Nesse subdomínio as ações mais realizadas dizem respeito a orientação de cuidadores e a atenção a saúde mental.

Os grupos de apoio a familiares e as ações de educação em saúde e atividades extramuros que tenham como foco temas específicos da violência interpessoal são menos desenvolvidas pelos serviços avaliados

Tabela 10 – Relação de Indicadores de Prevenção a Situações de Violência, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.

Questão/Alternativa	Indicadores	f	%
104.2	Ações desenvolvidas na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) que envolvam a orientação para os cuidadores	106	67,5
95.1	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam a orientação aos cuidadores e/ou familiares	103	65,6
78.9	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que envolvam a saúde mental (depressão, crise de ansiedade-pânico, entre outros)	82	52,2
90.3	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam o suporte informativo aos cuidadores	82	52,2
78.8	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que envolvam a dependência de álcool e outras drogas	81	51,6
31.3	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam o uso de álcool e outras drogas	75	47,8
97.6	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam o uso e a dependência de tabaco, álcool e outras drogas	72	45,9
86.2	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam quadros depressivos na velhice	66	42
93.2	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam a investigação do uso de outras drogas em casos de dependência de álcool	64	40,8
94.2	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam a investigação do uso de álcool	64	40,8
74.5	Atividades de rotina com adolescentes, na Unidade, que envolvam orientações quanto ao uso de álcool e drogas	63	40,1
86.1	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a avaliação cognitiva (demências)	63	40,1
94.1	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam avaliação do padrão de consumo	60	38,2

93.1	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam a avaliação dos padrões de consumo de álcool em casos de dependência	59	37,6
24.16	Educação em saúde extra-muros que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas	53	33,8
26.19	Educação em saúde na Unidade que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas	51	32,5
86.12	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a violência contra a pessoa idosa	51	32,5
97.12	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam a atenção à saúde mental	45	28,7
78.14	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que envolvam a violência doméstica	42	26,8
104.9	Ações desenvolvidas na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) que envolvam a vigilância e atenção em casos de violência	42	26,8
86.13	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas	41	26,1
86.3	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a avaliação funcional (atividades de vida diária e atividades instrumentais)	40	25,5
97.3	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam as relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais	38	24,2
104.7	Ações desenvolvidas na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) que envolvam a vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas	35	22,3
26.18	Educação em saúde na Unidade que abordam a violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outras)	33	21
24.15	Educação em saúde extra-muros que abordam a violência (doméstica, sexual, maus tratos a infância e idosos, entre outras)	31	19,7
94.4	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam intervenção breve	30	19,1
93.4	Ações realizadas em casos de dependência de álcool que envolvam intervenção breve	28	17,8
97.4	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam a paternidade e relações familiares	27	17,2
91.8	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que abordam a prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas	26	16,6
93.5	Ações realizadas em casos de dependência de álcool que envolvam grupos de apoio ao usuário	25	15,9
94.5	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam grupos de apoio aos usuários	25	15,9
31.6	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam o bullying	23	14,6
30.15	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam a prevenção da violência	22	14

30.18	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam a prostituição infantil	20	12,7
97.7	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam vivências, práticas e/ou exposições a situações de violência	20	12,7
30.14	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam o bullying	19	12,1
94.6	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam grupos de apoio aos familiares	19	12,1
31.7	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a violência doméstica e sexual	18	11,5
93.6	Ações realizadas em casos de dependência de álcool que envolvam grupos de apoio aos familiares	18	11,5
31.10	Atividades em instituições para adolescentes que abordam a saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outras)	17	10,8
31.8	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a prostituição na adolescência	12	7,6
31.5	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a exclusão social e discriminação	9	5,7
30.16	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam orientações contra o trabalho infantil	7	4,5
30.13	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam a exclusão social e discriminação	6	3,8
31.4	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a agressividade e o conflito com a lei	6	3,8

Fonte: As Autoras. Banco de dados QualiAB 2014.

Subdomínio 3: Investigação de risco e vulnerabilidade

Sobre ações que investiguem situações de risco e vulnerabilidades no território as respostas indicam que as ações mais realizadas estão voltadas para o desenvolvimento infantil. É importante destacar que essas ações referem-se ao acompanhamento de aspectos “biofisiológicos” das crianças, como os parâmetros de crescimento e a vacinação.

Destaca-se, de mesmo modo, que dentre as ações mais realizadas encontra-se a utilização de dados epidemiológicos para o planejamento das ações locais que contrasta com um menor número de ações com o tema específico da violência interpessoal.

De mesmo modo que as ações com o tema específico da violência, as práticas que visam a avaliação de vulnerabilidade social e risco de situações de violência e direitos sociais correspondem as ações menos realizadas pelos serviços avaliados.

Tabela 11 – Relação de indicadores de investigação de risco e vulnerabilidades, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.

Questão/Alternativa	Indicadores	f	%
19.1	Utilização, pela gestão municipal e pela unidade, dos dados epidemiológicos da região para o planejamento das ações locais de saúde	143	91,1
39.1	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para gestantes	122	77,7
39.2	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para revisão pós-parto/puerpério	82	52,2
39.5	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para recém-nascidos	87	55,4
39.6	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para recém-nascidos de risco	97	61,8
39.7	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para crianças em seguimento a puericultura	59	37,6
39.8	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para crianças até dois anos	36	22,9
39.9	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para crianças de risco (desnutrição e outros)	74	47,1
39.10	Convocação de faltosos para vacinação	119	75,8
55.3	A equipe pergunta à mulher se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários	9	5,7
60.6	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que envolva a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais	98	62,4
65.6	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato que abordam as condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo)	70	44,6
65.7	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato que abordam as condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)	61	38,9
66.3	Ações regularmente desenvolvidas de puerpério tardio que abordam a avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério	72	45,9
66.6	Ações regularmente desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) que abordam as condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)	68	43,3
70.1	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a avaliação dos parâmetros de crescimento (peso, altura, entre outros)	146	93,0
70.8	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor	94	59,9
70.11	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição e obesidade)	106	67,5
70.12	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a vigilância do trabalho infantil	18	11,5
70.18	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam o diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)	68	43,3
74.6	Atividades de rotina na Unidade, com adolescentes, que envolvam a identificação de situações de agressividade e conflito com a lei	21	13,4

74.9	Atividades de rotina na Unidade, com adolescentes, que envolvam a atenção à saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)	46	29,3
90.1	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a avaliação da funcionalidade familiar (dinâmica e estrutura)	67	42,7
90.2	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a investigação da rede de apoio social	53	33,8
90.4	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a avaliação de estresse do cuidador	43	27,4
93.7	Ações realizadas em casos de alcoolismo que abordem a avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência em casos de dependência de álcool	32	20,4
94.7	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que abordam a avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência	37	23,6
95.3	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam visita domiciliar para a avaliação de vulnerabilidade social	55	35,0
99.9	Ações realizadas em caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis que envolvam a investigação etiológica e tratamento na unidade	71	45,2
114.7	Ações realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social	90	57,3

Fonte: As Autoras. Banco de dados, QualiAB, 2014.

Domínio 2: Condições para acolhimento

Subdomínio 4: Acesso

Com relação ao acesso, as respostas aos indicadores desse subdomínio indicam uma predominância de encaminhamentos para serviços de atenção a saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas. Também, visitas domiciliares e cadastramento da área, atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

No que tange as práticas menos realizadas, estas se referem a atividades extra-muros, ou seja, ações inseridas no território, ou espaços comunitários, ou em outras instituições da rede voltadas para o atendimento de crianças e adolescentes.

Nesse subdomínio, observa-se que o público alvo dos encaminhamentos para outros serviços da rede são as pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental.

Tabela 12 – Indicadores de Acesso, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.

Questão/ Alternativa	Indicadores	f	%
71.1	Atividades para a saúde da criança regularmente realizadas na unidade de saúde	144	91,7
45.1	Atendimento a pacientes não agendados por meio de consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia	127	80,9
93.10	Em caso de alcoolismo encaminhamento para serviços especializados (CAPS-AD, AA e outros)	125	79,6
95.6	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que abordam encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade	121	77,1
94.10	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que envolvam o encaminhamento para serviços especializados (CAPS AD, NA, outros)	116	73,9
114.3	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolve visita domiciliar	102	65
114.1	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolve o cadastramento das famílias da área de abrangência	101	64,3
91.3	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que envolvam visitas periódicas com médico (a)	97	61,8
75.1	Atividades para adolescentes realizadas regularmente na unidade de saúde	94	59,9
45.6	Atendimento para os pacientes não agendados ("extras" ou "demanda espontânea") com encaminhamento direto para pronto-socorro	86	54,8
71.3	Atividades para a saúde da criança regularmente realizada em instituições para crianças (creche, escolas, entre outras)	86	54,8
91.2	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que envolvam visitas periódicas com equipe de apoio	84	53,5
104.4	Visitas domiciliares periódicas com médico (a) e/ou enfermeiro (a), na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais)	82	52,2
114.10	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam o agendamento de consultas na Unidade	81	51,6
75.3	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em instituições que concentram adolescentes (escolas, ONG, entre outras)	77	49
45.2	Atendimento a pacientes não agendados por meio de atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro	72	45,9
93.3	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam orientações e acompanhamento na própria unidade	68	43,3
94.3	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam orientações e acompanhamento na própria unidade	59	37,6

104.3	Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional, na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais)	59	37,6
94.8	Ações realizadas em caso de uso abusivo de outras drogas que envolvem discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde	56	35,7
95.2	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam visita domiciliar periódica para avaliação clínica	56	35,7
71.2	Atividades para a saúde da criança regularmente realizada no domicílio	50	31,8
45.4	Atendimento a pacientes não agendados por meio de agendamento com outros profissionais da própria unidade	45	28,7
71.5	Atividades para a saúde da criança regularmente realizadas em reuniões promovidas por Programas Sociais (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)	43	27,4
75.5	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em reuniões promovidas por Programas Sociais (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)	31	19,7
45.7	Atendimento para os pacientes não agendados ("extras" ou "demanda espontânea") com encaminhamento para especialidades em outro serviço	30	19,1
75.2	Atividades para adolescentes realizadas regularmente no domicílio	26	16,6
45.8	Atendimento para os pacientes não agendados ("extras" ou "demanda espontânea") com encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)	19	12,1
45.5	Atendimento a pacientes não agendados por meio de agendamento para atendimento em grupo	18	11,5
75.6	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em espaços comunitários, como quadras	6	3,8
75.4	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em reuniões de bairro	4	2,5
71.4	Atividades para a saúde da criança regularmente realizadas em reuniões de bairro	3	1,9

Fonte: As Autoras. Banco de dados QualiAB, 2014.

Subdomínio 5: Capacitação e educação permanente

As ações desse subdomínio são as mais realizadas pelos serviços de saúde avaliados desse domínio.

As ações mais realizadas pelos serviços desse subdomínio dizem respeito ao envolvimento de médicos e enfermeiros em capacitações. Com relação as capacitações, estas, segundo indicação dos serviços, abordam principalmente a saúde da mulher e a prevenção DST/aids.

As respostas aos indicadores demonstram, por outro lado, a baixa inserção de outros profissionais das equipes de saúde em capacitações, sendo os auxiliares administrativos e de saúde bucal os profissionais com menor participação nesses eventos. Também, o tema da violência interpessoal ainda está pouco presente nas capacitações realizadas.

Por fim, cabe um destaque para os achados na análise das respostas desse subdomínio. Este, diz respeito ao envolvimento de agentes comunitários de saúde em capacitações. Nesse sentido, 47,1% dos serviços indicaram a participação desses profissionais em eventos de capacitação e educação permanente.

Tabela 13 – Indicadores de Capacitação e Educação Permanente, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.

Questão/ Alternativa	Indicadores	f	%
121.1	Participação de médicos em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano	110	70,1
121.2	Participação de enfermeiros em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano	147	93,6
121.3	Participação de dentistas em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano	81	51,6
121.4	Participação de auxiliares / técnicos de enfermagem em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano	97	61,8
121.5	Participação de auxiliares / técnicos de higiene dental em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano	48	30,6
121.6	Participação de agentes comunitários de saúde em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano	74	47,1
121.7	Participação de pessoal administrativo em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano	50	31,8
122.1	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram o acolhimento e a atenção à demanda espontânea	85	54,1
122.2	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde da mulher	99	63,1
122.3	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram as DST e aids	113	72,0
122.4	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde da criança	69	43,9
122.5	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde do homem	57	36,3
122.6	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde do idoso	52	33,1
122.7	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde mental	60	38,2
122.8	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a violência (doméstica, sexual, outras)	34	21,7
122.9	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram o uso abusivo de álcool e outras drogas	56	35,7

Fonte: As Autoras

Domínio 3: Atenção a situações de violência

Subdomínio 6: Detecção de situações de violência

De acordo com as respostas aos indicadores desse subdomínio, as ações de detecção de situações de violência estão mais voltadas para os públicos de crianças e adolescentes, mulheres e idosos. As estratégias mais adotadas para a detecção da violência nesses grupos populacionais é livre declaração e a identificação de sintomas e queixas. Nesse sentido, de modo contrário, entre as estratégias menos adotadas pelos serviços estão a utilização de protocolos, a sensibilização e capacitação das equipes e as discussões de caso em equipe.

Tabela 14 – Indicadores de detecção da violência interpessoal, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.

Questão/ Alternativa	Indicadores	f	%
76.2	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas	114	72,6
88.4	Detecção da violência contra idoso pela livre declaração do idoso	111	70,7
68.3	Detecção de violência contra mulher por meio de livre declaração da mulher	109	69,4
88.3	Detecção de violência contra idosos por meio de escuta de relatos de outros usuários e verificação de caso	109	69,4
88.2	Detecção de violência contra idosos por meio de identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas	107	68,2
68.2	Detecção de violência contra mulher por meio de identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas	101	64,3
76.4	Detecção de violência contra criança e adolescentes pela livre declaração dos responsáveis	98	62,4
76.3	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso	97	61,8
88.7	Detecção de violência contra idosos por meio de visita domiciliar	94	59,9
114.8	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a identificação de casos de violência intradomiciliar	86	54,8
76.7	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de visita domiciliar	71	45,2
88.5	Detecção de violência contra idosos por meio de discussão de caso em equipe	63	40,1
76.5	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de discussão de caso em equipe	55	35
68.4	Detecção de violência contra mulher por meio de discussão de caso em equipe	43	27,4
88.6	Detecção de violência contra idosos por meio de sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos	42	26,8
76.6	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos	38	24,2
68.5	Detecção de violência contra mulher por meio de sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos	36	22,9

68.1	Detecção de violência contra mulher por meio de protocolo de atendimento	25	15,9
76.1	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de protocolo de atendimento	21	13,4
88.1	Detecção de violência contra idosos por meio de protocolo de atendimento	19	12,1

Fonte: As Autoras. Banco de dados QualiAB, 2014.

Subdomínio 7: Assistência a situações de violência

Em casos de detecção de violência, as principais estratégias de assistência adotadas pelos serviços avaliados são o acompanhamento individual. Assim, o acompanhamento em grupo, a denúncia ao disque 100 e ações voltadas para cuidadores são as menos utilizadas.

Tabela 15 – Indicadores de assistência a situações de violência interpessoal, segundo número da questão e da alternativa correspondente, frequência e proporção. QualiAB, 2014.

Questão/ Alternativa	Indicadores	f	%
69.4	Acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade em casos de detecção de violência contra mulher	61	38,9
70.19	Atividades para atenção às crianças planejadas e desenvolvidas com regularidade que envolvam a identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual	61	38,9
69.3	Notificação compulsória em casos de detecção de violência contra mulher	60	38,2
89.6	Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade em casos de detecção de violência contra idosos	59	37,6
77.3	Atendimento e acompanhamento dos pais em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes	56	35,7
49.5	Ações regularmente desenvolvidas voltadas à saúde da mulher que envolvem o diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual	55	35
89.3	Atendimento e acompanhamento dos cuidadores em caso de detecção de violência contra idosos	53	33,8
77.5	Notificação compulsória em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes	52	33,1
89.5	Notificação compulsória em casos de detecção de violência contra idosos	51	32,5
77.6	Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes	48	30,6
74.7	Atividades de rotina na Unidade, com adolescentes, que envolvam a identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual	32	20,4
90.5	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar	25	15,9
69.6	Acompanhamento individual conforme protocolo em casos de detecção de violência contra mulher	20	12,7
89.2	Denúncia ao disque 100 em casos de detecção de violência contra idosos	15	9,6

77.2	Denúncia ao disque 100 em casos de detecção de violência contra crianças	14	8,9
69.8	Denúncia ao disque 180 em casos de detecção de violência contra mulher	7	4,5
69.5	Acompanhamento em grupo em casos de detecção de violência contra mulher	4	2,5

Fonte: As Autoras

Subdomínio 8: Trabalho em rede

Neste subdomínio observa-se um predomínio de articulação com conselhos tutelares e CRAS e CREAS, equipamentos da rede de apoio mais acessíveis aos serviços. O acompanhamento intersetorial e por matriciamento com o NASF, por outro lado, se mostram insipientes.

Tabela 16 – Descrição da frequência e proporção dos indicadores de trabalho em rede

Questão/ Alternativa	Indicadores	f	%
77.1	Denúncia ao Conselho Tutelar em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes	125	79,6
89.1	Denúncia ao CRAS e CREAS em casos de detecção de violência contra idosos	102	65
77.4	Encaminhamento ao CRAS e CREAS em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes	84	53,5
69.7	Encaminhamento para serviços de referência em casos de detecção de violência contra mulher	59	37,6
89.4	Denúncia à autoridade policial em casos de detecção de violência contra idosos	43	27,4
89.7	Encaminhamento para o NASF / equipe de apoio em casos de detecção de violência contra idosos	24	15,3
77.8	Proposta de acompanhamento intersetorial em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes	23	14,6
77.7	Encaminhamento para o NASF ou equipe de apoio em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes	21	13,4
89.8	Proposta de acompanhamento intersetorial em casos de detecção de violência contra idosos	18	11,5

Fonte: As Autoras. Banco de dados, QualiAB 2014.

4.2.2 Grupos de qualidade dos serviços de APS na atenção a saúde voltada para a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal

De modo a analisar se existem diferenças entre os serviços avaliados na atenção a saúde voltada para a prevenção e assistência a situações de violência interpessoal, os serviços foram agrupados em 5 clusters para cada domínio analisado.

Essa distribuição em cinco clusters por domínio, com a representação de cada cluster segundo a análise por k-médias, permite a visualização de grupos com qualidades distintas, conforme o desempenho dos serviços de APS em cada domínio. (Gráficos 5, 6 e 7).

É importante assinalar que como a composição dos clusters foi feita por domínio não há equivalência entre o conteúdo dos clusters (unidades básicas de saúde) dos diferentes domínios.

No gráfico 5 apresentamos os clusters para o Domínio 1: ***Produção de saúde e prevenção da violência interpessoal***. Como pode ser observado, os clusters apontam diferenciação entre os serviços. Nesse domínio, o cluster 5 possui os serviços com melhores desempenhos. O cluster que apresenta um maior número de serviços corresponde ao cluster 1, cuja mediana é de 46,37. Observa-se, também, que 54% dos serviços apresentam desempenho abaixo de 40%.

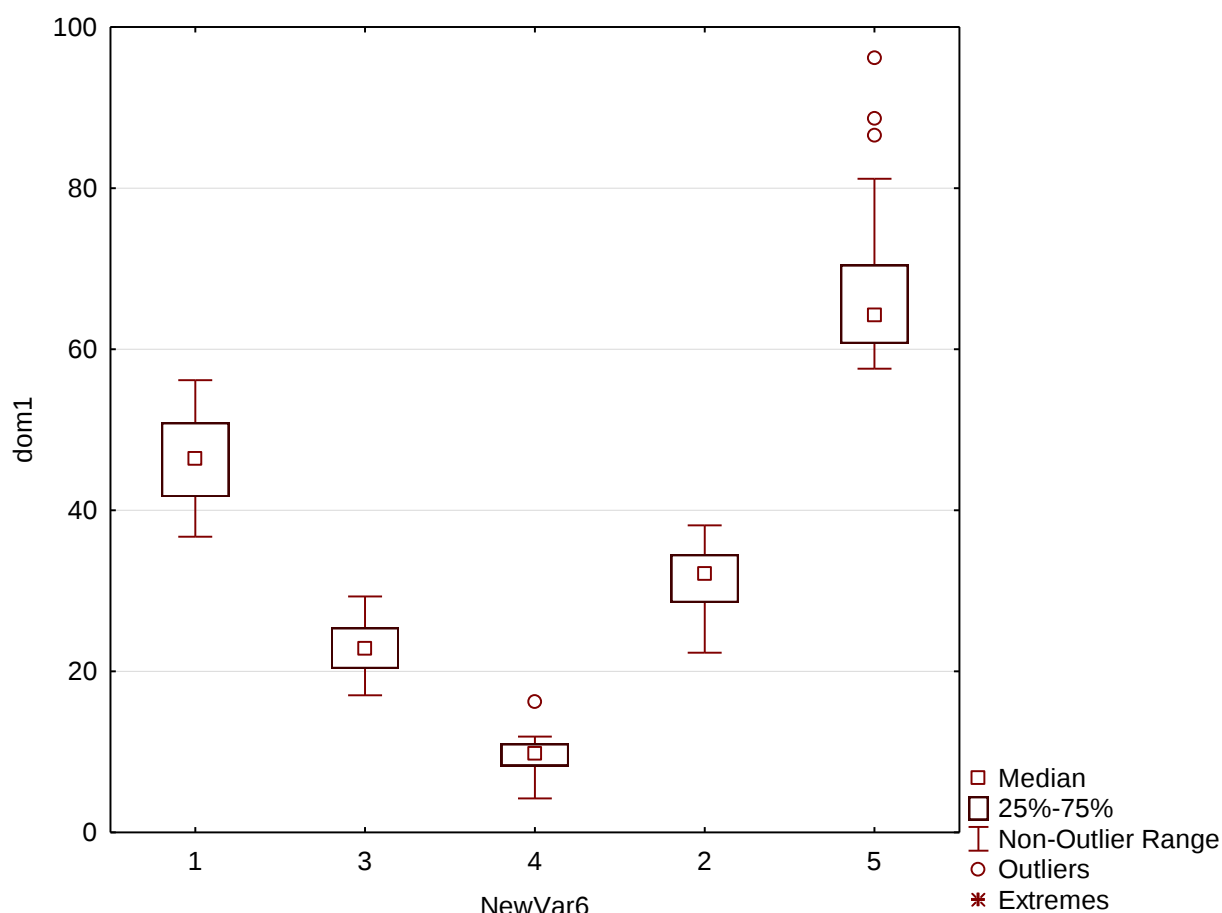


Gráfico 5 – Representação dos clusters do domínio 1: *Prevenção da violência*. RRAS 09, QualiAB, 2014.

A quantidade de serviços por cluster, que estão entre 25% e 75%, pode ser visualizada no gráfico pela amplitude de cada box. Os dois clusters com maiores médias, quais sejam o 5 e 1, formam um conjunto que representa 46% dos serviços avaliados, enquanto o cluster 4, que representa o conjunto de serviços com pior desempenho, é composto por um menor número de serviços (Tabela 18).

Tabela 17 – Descrição dos grupos de qualidade para o domínio 1: *Prevenção da violência interpessoal*

Cluster	N. Obs	Média	DP	Min	Max	Mediana
1	45	46,39	5,79	36,71	56,16	46,37
2	33	31,49	4,27	22,32	38,13	32,12
3	39	23,00	3,46	17,04	29,30	22,80
4	13	9,54	3,09	4,23	16,25	9,82
5	27	68,06	10,16	57,58	96,16	64,26

*n: número de serviços de APS/ Máx: máximo/Mín: mínimo/DP1: desvio-padrão

No domínio 2, **Condições para acolhimento**, o gráfico aponta um aumento das médias de desempenho em todos os clusters, além de maior proximidade espacial entre eles, indicando médias mais próximas.

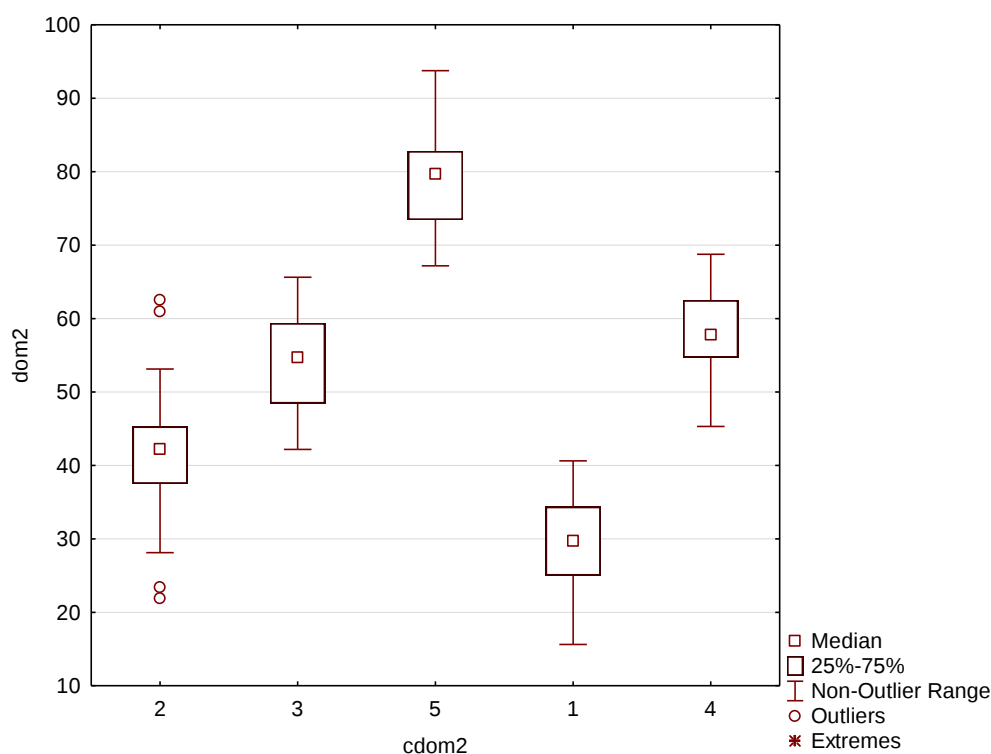


Gráfico 6 – Representação dos clusters do domínio 2: Condições para acolhimento. RRAS 09, QualiAB, 2014.

Além da disposição espacial dos grupos de qualidade, o gráfico de *boxplot* do domínio 2 permite visualizar que o cluster 5 é o que agrupa as unidades com melhor desempenho na avaliação, cuja média de ações realizadas é de 78,37%. Chama atenção a proximidade dos clusters 4, 3 e 2, que possuem médias mais próximas, indicando que 56% dos serviços realizam de 41,96% a 57,81% das ações previstas para esse domínio. Neste domínio, o cluster de menor desempenho está representado no gráfico pelo cluster 1, cuja média é de 28,97 (Tabela 19).

Tabela 18 – Descrição dos grupos de qualidade para o domínio 2: Condições para acolhimento

Cluster	N. Obs	Média	DP	Min	Max	Mediana
1	50	28,97	6,76	15,63	40,63	29,69
2	41	41,96	8,26	21,88	62,50	42,19
3	37	54,10	6,29	42,19	65,63	54,69
4	10	57,81	6,34	45,31	68,75	57,81
5	19	78,37	7,73	67,19	93,75	79,69

*n: número de serviços de APS/ Máx: máximo/Mín: mínimo/DP1: desvio-padrão

Outro ponto de destaque, diz respeito à quantidade de serviços em cada cluster (Tabela 19). O cluster 5, por exemplo, o de melhor desempenho neste domínio, é o que possui o menor número de serviços (19) e, o cluster 1, o de pior desempenho, o que tem o maior número de serviços (50).

Ainda, é possível afirmar que o desempenho do melhor grupo de qualidade (5) tem um desempenho melhor do que o melhor grupo de qualidade do domínio 1. O grupo de pior desempenho (1) é pior que o grupo de pior desempenho do domínio 1.

Seguindo a análise dos domínios, o comportamento dos clusters do domínio 3, que se refere as práticas *de Atenção a situações de violência*, está representado no gráfico 7, onde o grupo com unidades com maiores médias está representado pelo cluster 3, enquanto que o cluster 4 reúne aqueles com pior desempenho.

Igualmente, por meio da análise da distribuição espacial dos *boxplot*, é possível visualizar que assim como no domínio 1, a maioria dos serviços estão com desempenho abaixo de 50%. As medianas desse domínio se aproximam às medianas do domínio 1. Também, como no domínio 2, os clusters 1, 2 e 5 se aproximam mais, mas se diferenciam dos clusters 4 e 3.

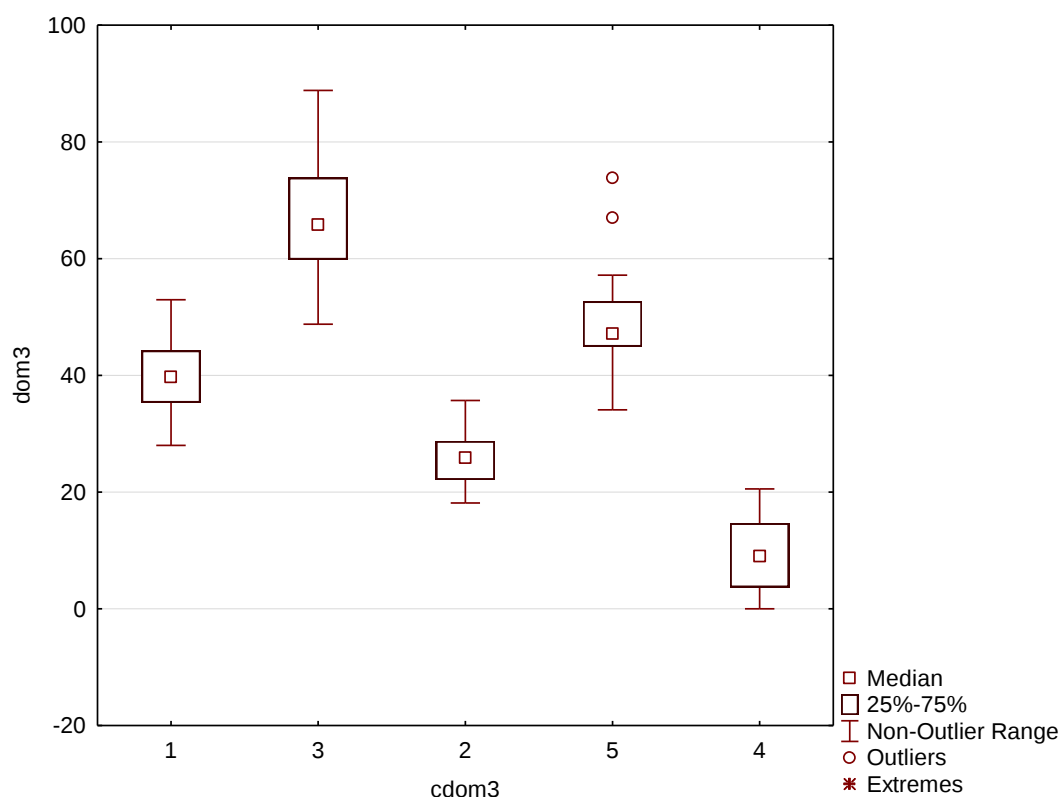


Gráfico 7 – Representação dos clusters do domínio 3: Atenção a situações de violência interpessoal. RRAS 09, QualiAB, 2014.

O cluster 3, com maior média de desempenho neste domínio, 66,75, é formado pelo conjunto de 20 unidades de saúde do universo de serviços avaliados, com o menor número de unidades entre os clusters (Tabela 20).

Por fim, nesse domínio observa-se que 32% dos serviços realizam pelo menos 48,76% das ações consideradas para a avaliação.

Tabela 19 – Descrição dos grupos de qualidade para o domínio 3: Atenção a situações de violência interpessoal

Cluster	N. Obs	Média	DP	Min	Max	Mediana
1	38	39,84	5,92	28,00	52,95	39,69
2	40	25,86	4,49	18,15	35,70	25,92
3	20	66,75	9,13	48,77	88,82	65,78
4	30	8,96	6,44	0,00	20,54	8,96
5	29	48,76	8,38	34,10	73,86	47,09

A apreciação dos três domínios demonstrou boa capacidade de discriminação dos clusters, ou seja, os agrupamentos demonstram a existência de serviços com qualidades distintas para a atenção a saúde voltada para a prevenção e assistência a situações de violência.

O domínio 2 referente a **Condições para o Acolhimento** é o que reúne os indicadores com melhor desempenho nos serviços avaliados. O domínio 1, que diz respeito a **Produção de Saúde e Prevenção da Violência**, apesar de concentrar, dentre todas as ações de atenção a saúde voltada para a prevenção e assistência a situações de violência, as mais realizadas pelas unidades no cotidiano dos serviços, obteve para o conjunto das ações por domínio, o pior desempenho. Por sua vez, o domínio 3, de maior especificidade ao objeto dessa pesquisa e que se refere a **Atenção a Situações de Violência Interpessoal**, corresponde ao domínio de desempenho intermediário.

4.2.3 Análise e discussão dos dados

A literatura da área, bem como, os relatórios realizados mundialmente, chamam a atenção para a violência como um grave problema de saúde pública, demandando, pois, que nas práticas em saúde, ações de prevenção, detecção e assistência a situações de violência sejam implementadas.

Promulgar que a saúde precisa se envolver nessas três esferas de atenção à violência, traz à tona a pertinência de compreender como a violência deve ser abordada pelos equipamentos para alcançar a melhor resolutividade possível.

Nesse sentido, os estudos apontam para a relevância da atuação intersetorial, humanizada, integral e continuada, sendo essas, concretizadas pelo trabalho em rede, matriciamento, acolhimento e escuta qualificada e, pelo acompanhamento longitudinal. Valoriza-se, também, ações de educação em saúde, principalmente as inseridas na comunidade, que versem sobre temáticas relacionadas à violência, tais como, relações de gênero, violência sexual e violência doméstica. A participação popular, de mesmo modo, é considerada fundamental na construção do autocuidado e no controle social.

Se de um lado, as pesquisas levantam esses aspectos como conjunto necessário para atuar com a violência, apontando as potencialidades da APS nesse campo de práticas, por outro, elas enfatizam o quanto essas práticas são ainda incipientes mantendo-se distantes de alcançar uma boa qualidade na atuação com essa necessidade social de saúde. Para eles, a assistência ainda permanece enraizada em sintomas e expressões do corpo biológico, aliada ao encaminhamento a outros serviços sem acompanhamento na unidade e, com pouca expressão para a prevenção.

Assim, a partir do conhecimento já construído, o estudo apresentado se propôs a contribuir para a compreensão das práticas de cuidado frente à violência em serviços de atenção primária, ou seja, buscou compreender de que modo esses achados das pesquisas e as recomendações e diretrizes nacionais se aproximam das atuações concretas das unidades.

Nesse sentido, os dados obtidos na avaliação realizada corroboram os achados da literatura da área. A avaliação realizada assinala, pois, que as ações de prevenção, detecção e assistência a situações de violência são incipientes nos serviços de atenção básica avaliados. Também, a análise por clusters demonstrou que os domínios reúnem serviços com qualidades distintas, demonstrando boa capacidade de discriminação.

Com relação as ações mais realizadas pelos serviços, podemos afirmar que elas estão em sintonia com a criação de programas, com a implementação de políticas, com a força dos movimentos sociais femininos e com a luta pelos direitos de crianças e idosos. Elas se concretizam, pois, em práticas de promoção de saúde e garantia de direitos que reduzem riscos e vulnerabilidades. Essas ações, não suficientes, mas necessárias, representam as ações mais tradicionais já implementadas na APS, relacionadas a saúde da mulher, à prevenção e controle DST e aids e atenção a saúde da criança. Vale assinalar que os homens e as pessoas com deficiência são foco de poucas ações.

No que diz respeito as ações mais realizadas pelos serviços, é importante destacar que elas estão concentradas no interior das unidades de saúde. Práticas inseridas na comunidade e que favorecem o vínculo entre o território e o serviço, bem como, a identificação deste, como

equipamento que também assisti as pessoas em situações de violência se mostraram pouco implementadas.

Com relação as ações para a ***Atenção a Situações de Violência Interpessoal***, estas, estão pautadas na detecção por livre demanda ou baseada em sinais e sintomas, o acompanhamento em casos de detecção de situações de violência, é realizado principalmente pelo acompanhamento individual e, as principais parcerias desses serviços se concentram nos Conselhos Tutelares e CRAS e CREAS.

Nesse contexto, observa-se, pois, tal como apontam os achados da literatura, a atenção a situações de violência com ênfase nos aspectos biológicos do cuidado, enquanto que, ações que abordem as relações de gênero, dinâmica familiar e vínculos saudáveis são menos empreendidas.

Nesse mesmo caminho, estratégias preconizadas pelas pesquisas da área para detecção da violência interpessoal, como o uso de protocolos e estudos de caso, e para a assistência a situações de violência interpessoal, como o acompanhamento em grupo, a denúncia ao disque 100 e ações voltadas para cuidadores, são menos empreendidas. Também, no que tange o trabalho intersetorial, preconizado pelas políticas públicas em casos de assistência a situações de violência interpessoal, a parceria com NASF ou outros equipamentos ainda se mostra pouco explorada.

Demonstra-se que esses dados corroboram os achados da literatura, todavia é também importante destacar o início de um processo de implementação das ações preconizadas pelos estudiosos da área e pelas políticas atuais vigentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nasce do encontro que somou conhecimentos e o desejo de conhecer mais sobre a violência e a atenção primária em saúde. Reconhecendo a magnitude da violência e o sofrimento envolvido, e mais, acreditando na importância e no potencial da APS de produzir cuidado em saúde e transformações de realidades, seguimos o caminho buscando conhecer quais as ações desenvolvidas pela APS que são facilitadoras na prevenção a situações de violência, na detecção precoce de expressões dessa violência e, que representam um cuidado com qualidade.

Buscando esse propósito, vimos que a avaliação em saúde fornecia subsídios para essa compreensão. Avaliar, pois, esses anseios iniciais, exigiu esforços que vão desde a delimitação e construção de um objeto palpável e possível de ser conhecido até a construção de um processo avaliativo que refletisse a realidade avaliada, que permitisse sua compreensão mais aprofundada, que possibilitasse julgar a suficiência ou insuficiência da prática que envolve o fenômeno da violência e, que pudesse contribuir com a implementação ou o aprimoramento de práticas de enfrentamento da violência em serviços de atenção primária.

Desse modo, a delimitação e construção do objeto envolveu extensa revisão da literatura que culminou num primeiro artigo de revisão integrativa. Essa revisão, para além do artigo, ajudou na construção de um objeto “palpável” a ser avaliado. Nesse sentido, observada a complexidade e dimensão do fenômeno da violência, escolhemos a violência interpessoal como foco das ações nos serviços de APS para avaliação.

Para o desenvolvimento dessa avaliação foi utilizado o instrumento de avaliação da atenção básica – QualiAB. O uso do QualiAB como fonte primária para os dados da pesquisa resultou numa nova busca conceitual que teve como tema principal entender quais seriam as melhores e mais resolutivas práticas que a APS poderia realizar para prevenir e detectar precocemente a violência interpessoal, além de assistir às pessoas envolvidas em alguma situação de violência interpessoal.

Essa revisão conceitual levou ao entendimento de que o fenômeno da violência é complexo e envolve inúmeros aspectos, constituintes do e, constituídos pelo, ser humano. Sendo assim, prevenir a violência na APS diz respeito a intervir para evitar sua incidência, para diminuir ou cessar sua prevalência e, antever sua reincidência. Se relaciona, então, com a investigação de situações de risco e vulnerabilidade, com mudar maneiras de se relacionar e, com o processo reflexivo do (re)pensar os valores sociais. Sendo esse um dos propósitos da educação em saúde e da promoção de saúde, alicerçado ao olhar de que a APS promove em

suas práticas ações de direito à saúde que reduzem riscos e condições para maiores vulnerabilidades ao adoecimento e à má qualidade de vida, nesta pesquisa a prevenção da violência contou com a colaboração da vigilância em saúde, por meio da investigação de riscos e situações de maior vulnerabilidade e da prevenção da violência interpessoal, e, com a promoção de saúde e garantia de direitos que reduzem riscos e vulnerabilidades, para sua composição.

Essa mesma revisão conceitual provocou também pensar como poderiam ser concretizadas as ações de acolhimento e, qual seria o foco desse acolhimento – a situação de violência ou o fenômeno como potencial fator de sofrimento e adoecimento?

Embasadas pela literatura da área, que preconizam a prevenção primária como um dos papéis fundamentais e potenciais da APS, entendemos que a APS ao acolher o fenômeno da violência como fator potencial no binômio saúde – adoecimento, além de assistir e acompanhar as situações já instaladas, se coloca como espaço privilegiado para a intervenção frente ao fenômeno, tornando acessível atuar em sua incidência, prevalência e reincidência.

Como avaliar o acesso, passou, então, a ser foco de nossa atenção. Chegou-se a conclusão que tornar a violência interpessoal acessível a uma intervenção, exige sensibilidade para o tema e para as ações que busquem se aproximar da individualidade do cuidado. Nesse sentido, o QualiAB permitiu que investigássemos a capacitação profissional e estratégias de atendimento do paciente não agendado, visitas domiciliares realizadas e as diversas atividades desenvolvidas na unidade e extra-muros para os diferentes segmentos populacionais, além, de atividades que têm como público alvo condições de saúde que dizem respeito a situações de risco e vulnerabilidade, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, por exemplo.

Continuando nossa avaliação, agora é vez de compor a atenção a situações de violência. Mais uma vez chamado a literatura da área em auxílio, por meio do QualiAB foi possível construir um conjunto de estratégias que somadas abrangem a detecção de situações de violência já instaladas, a assistência ofertada para essas situações e o trabalho em rede utilizado nessa assistência.

Ao chegarmos nesse ponto do caminho, mais uma vez, nos deparamos com questões conceituais. Aqui, o propósito foi entender em que dimensão essas ações carregam consigo a possibilidade de mudança de realidades. Então, recorrido à literatura, nos propusermos a olhar para esse conjunto de práticas que a APS pode realizar como ações, que não apenas contribuem para a detecção da violência e assistência aos casos, mas, sobretudo, por meio da prevenção, tal qual considerada acima, podem ser facilitadoras para o fortalecimento de aspectos protetores a violência, tais como o autocuidado e vínculos familiares e sociais saudáveis. Nesse sentido, e

considerando que enfrentar o fenômeno da violência engloba um amplo trabalho de diferentes segmentos, resignificamos a potencialidade das atuações da APS, um dos segmentos envolvidos. Nesse caso, essas práticas são contribuintes desse processo de enfrentamento.

Tendo atingido essa construção de objeto, seguiu-se o desenvolvimento da avaliação por meio da escolha de variáveis e indicadores que nos dessem subsídios. Essas variáveis e sua análise pelo emprego de recursos estatísticos, permitiu contextualizar os serviços estudados e as práticas desenvolvidas afim de permitir criar um julgamento para o grau de implementação dessas ações enquanto insuficientes, satisfatórias e acima das expectativas.

Os resultados dessa avaliação demonstram uma heterogeneidade com relação tanto aos tipos de serviço auto identificados, quanto as formas de gerenciamento local e quanto a oferta de atenção prestada.

As características das unidades e de seus contextos, somadas as respostas, analisadas por meio dos gráficos do boxplot, demonstram o processo de atenção a violência ainda no início e são muitos os obstáculos a serem vencidos e, que novas análises por meio de outros recursos, podem somar identificando as possíveis interferências na qualidade da atenção e correlações entre os domínios.

Por fim, mas não menos importante, espera-se que essa pesquisa possa contribuir com o diálogo acerca da integralidade do cuidado nesse tema tão importante para a saúde pública e, para a construção de práticas mais inclusivas e humanizadas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.A.S. *et al.* Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 35(3): 412-420, 2011.

ASSIS, S.G. *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2305-2317, 2012.

BIS – Boletim do Instituto de Saúde. Vol. 14 – nº 3. Agosto, 2013.

BRASIL, Ministério da Justiça. Estatuto da criança e do adolescente, 1990.

BRASIL, Ministério da Justiça. Estatuto do idoso, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia

Saúde da Família: Guia de Implantação Municipal AMQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Justiça. Lei nº 11.340/06. Lei Maria da Penha, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. (Painel de Indicadores do SUS, 5).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências. Brasília, 2010.

BRASIL, Secretaria de Políticas para Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. Vol. 44. Nº 8, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da criança, 2015.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do Estado de São Paulo. Relatório Científico Final: Pesquisa em Políticas Públicas para o SUS. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2007.

CASTANHEIRA, E.R.L. *et.al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde Sociedade São Paulo, v.20, n 4, p 935-947, 2011.

CASTANHEIRA, E.R.L. *et.al.* Avaliação dos serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Vol. 38, n 103, out/dez 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. (coord) **Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional.** Relatório Técnico. Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Botucatu, 2016. (Projeto CNPq Nº 485848/2012-0).

CONCEIÇÃO, J.C. *et. al.* Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v 26, n 2, p 468-477, maio/agosto, 2012.

DONABEDIAN A. The effectiveness of quality assurance. Int J Qual Health Care 1996; 8(4):401-7.

FIOCRUZ. CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

FOUCAULT, M. “Os corpos dóceis”. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 29ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004a, p. 125-52.

IPEA. Atlas da Violência 2016. Brasil, 2016

SANTOS KOERICH, M. *et. al.* O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários / What do the users think and say about the Brazilian Health System (SUS)? An analysis of meanings based on the users' rights booklet, Ciênc. saúde coletiva; 14(3): 903-910, maio-jun. 2009

KRUG, E.G. *et al.* Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

- MALTA, D.C. *et. al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 16(1): 45-55, 2007.
- MARINHEIRO, A.L.V. Prevalência da violência contra mulher usuária de serviço de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(4): 604-10, 2006.
- MATHIAS, el.al. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária do estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(4):185-91.
- MICHAUD, Y. A violência. Tradução L. Garcia. São Paulo: Editora Ática, 1989.
- MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R. Violência e Saúde como Campo Interdisciplinar e de ação coletiva. *Revista História, Ciências, Saúde.* Vol. IV(3), Nov. 1997 – Fev. 1998.
- MINAYO, M.C.S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2006.
- MINAYO, M.C.S. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1641-1649, 2009.
- NASSER, M.A. Avaliação de implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. Tese de Doutorado. FMUSP. São Paulo, 2015.
- NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 34(5), p. 547-59, 2000.
- OLIVEIRA, J.R., ALBUQUERQUE, M.C.S., BRÊDA, M.Z., BARROS, L.A., LISBÔA, G.L.P. Concepções e práticas de acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da atenção básica a saúde. *Revista de enfermagem, UFPE on line, Recife*, 9(Supl. 10): 1545-55, dez., 2015.
- OMS. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002
- ONU. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, 2016.
- PERES, M. F. T. . Violência por armas de fogo no Brasil:1991 a 2000. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 1. 107 p.
- PINHEIRO. Et. al. Conselho Nacional de Secretarios de Saude. Atencao Primaria e Promocao da Saude / Conselho Nacional de Secretarios de Saude. – Brasília : CONASS, 2007

PORTO, R.T.S. col. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. Physis, 2014

SAFFIOTI, H.I.B. Já Se mete a colher em briga de marido e mulher. SAO PAULO EM PERSPECTIVA, 13(4) 1999.

SEDPcD – Secretaria Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, disponível em www.violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br, acessado em 21/12/2014.

SEDPcD – Secretaria Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, disponível em www.violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br, acessado em 12/09/2016.

SHAW M, TUNSTALL H, SMITH GD. Seeing social position: visualizing class in life and death. Int J Epidemiol 2003; 32(3):332-5.

SCHRAIBER, L.B. *et. al.* Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Revista de Saúde Pública, 41(3):359-67, 2007.

SCHRAIBER, L.B. *et.al.* Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. Revista Medicina (São Paulo). Abr-jun; 92(2):134-40, 2013.

STAFFORD M, MARMOT M. Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? Int J Epidemiol 2003; 32(3):357-66.

UNICEF. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. UNICEF, 2014.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da Violência de 2014: Os Jovens do Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional da Juventude. Disponível em: www.juventude.gov.br/juventudeviva, acessado em 05/08/2014. Brasília, 2014.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da Violência de 2016: Homicídios por Armas de Fogo no Brasil. Flasco. Brasil, 2016.

ZALUAR, A. Violência extra e intramuros. Revista brasileira de Ciências Sociais - vol. 16 N o 45, 2001.

ZARILI, T. F. T. **Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB.** 2015. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1. Questionário QualiAB

**AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE
ATENÇÃO BÁSICA QUALI AB****I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO**

1. Esta unidade se caracteriza por ser: **DESCRITIVA**

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” = Unidades Básicas sem Saúde da Família

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

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) Outros. Quais: _____

3. Localização geográfica da Unidade: **DESCRITIVA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Rural
- ☐ 2) Urbana - Central

-
- ☐ 3) Urbana - Periférica

4. A área de abrangência da Unidade é definida: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Administrativamente pelo nível central da secretaria da saúde 1
- ☐ 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso 2
- ☐ 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade 1
- ☐ 4) Sem definição de área de abrangência 0
- ☐

5. No território de atuação desta unidade existe a presença de grupos populacionais: **DESCRITIVA**

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 dessas populações no território

6. Quais os períodos de funcionamento da unidade: **DESCRITIVA**

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: **DESCRITIVA**

Assinale uma ou mais alternativas

-
- ☐ 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
 - ☐ 2) Acesso a pessoas com deficiências
 - ☐ 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: **DESCRITIVA**
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: **DESCRITIVA**
Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Sim Quantas: _____
- ☐ 2) Não

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

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 (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		

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Mais médico
- ☐ 2) Provab médico
- ☐ 3) Provab enfermeiro
- ☐ 4) Provab 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:
DESCRITIVA

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 Qual: _____
- ☐ 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: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas ÚNICA ALTERNATIVA

- ☐ 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) **2**
- ☐ 2) Equipe multiprofissional **2**
- ☐ 3) Outro tipo de serviço **1**
- ☐ 4) Não é realizado por nenhuma instância **0**
- ☐ **Pontuação:**
- ☐ **Alternativas 1 ou 2 = 2**
- ☐ **Alternativas 3 = 1**
- ☐ **Alternativa 4 = 0**
- ☐

14. Em relação ao número de consultas médicas informe: **DESCRITIVA**
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: **DESCRITIVA**
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:
DESCRITIVA

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: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Número de procedimentos **1**
- ☐ 2) Consultas por faixa etária **1**
- ☐ 3) Consultas médicas **1**
- ☐ 4) Consultas de enfermagem **1**
- ☐ 5) Consultas odontológicas **1**
- ☐ 6) Consultas por equipe multiprofissional **2**
- ☐ 7) Número de grupos realizados **2**
- ☐ 8) Faltas em atendimentos agendados **2**
- ☐ 9) Primeiro atendimento no ano (por paciente) **2**
- ☐ 10) Número de pacientes atendidos **2**
- ☐ 11) Número de vacinas realizadas **1**
- ☐ 12) Número de coletas de papanicolaou **1**
- ☐ 13) Número de atendimentos "extras" (casos de demanda espontânea) **2**
- ☐ 14) Número de visitas domiciliares **2**
- ☐ 15) Outros **0** Quais: _____
- ☐ 16) Não existe registro de dados **0**

☐ **07 alternativas 1**

☐ **07 alternativas 2**

☐ **02 alternativas 0**

- ☐
- ☐ **Pontuação = 21**
- ☐ **$\geq 75\%$ (15,75) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (15,75) e $> 25\%$ (5,25) = 1**
- ☐ **$\leq 25\%$ (5,25) = 0**

☐

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Utilizados pela Unidade e pela gestão municipal para orientar e planejar as ações **2**
- ☐ 2) Disponibilizados para os sistemas de informação, mas utilizados somente pela gestão municipal **1**
- ☐ 3) Utilizados somente pela Unidade para orientar e planejar as ações locais **1**
- ☐ 4) Não são utilizados para o planejamento **0**

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**
- ☐ 2) Utilizados para planejamento pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade para organização das ações **1**
- ☐ 3) Não são utilizados para o planejamento **0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Dados dos programas executados pela unidade (Pré-natal, atenção à criança, atenção à hipertensos e diabéticos, entre outros) **1**
- ☐ 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados) **2**
- ☐ 3) Estudos na comunidade **2**
- ☐ 4) Existem estudos antigos, que não foram atualizados **1**
- ☐ 5) Não realizou nenhum tipo de levantamento **0**
- ☐ **2 alternativas 1**
- ☐ **2 alternativas 2**
- ☐ **01 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 6**
- ☐ **$\geq 75\%$ (4,5) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (4,5) e $> 25\%$ (1,5) = 1**
- ☐ **$\leq 25\%$ (1,5) = 0**

□

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

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:
PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Plano anual de trabalho da equipe, cumprindo exigências da secretaria **1**
- ☐ 2) Planejamento e reprogramação das atividades realizadas com participação da equipe multiprofissional **2**
- ☐ 3) Relatório dos problemas identificados para o nível central da secretaria municipal **1**
- ☐ 4) A Unidade não teve acesso aos resultados da avaliação **0**
- ☐ 5) Não foi realizada avaliação **0**

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Na organização da assistência **1**
- ☐ 2) No gerenciamento do serviço **1**
- ☐ 3) No gerenciamento e organização da assistência **2**
- ☐ 4) Não houve modificações **0**
- ☐ 5) Não participou de nenhuma avaliação anterior **0**

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: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama) **1**
- ☐ 2) Prevenção de DST e aids **1**
- ☐ 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase **2**

- ☐ 4) Planejamento reprodutivo **1**
- ☐ 5) Aleitamento materno **1**
- ☐ 6) Saúde bucal **1**
- ☐ 7) Promoção do envelhecimento saudável **1**
- ☐ 8) Saúde do Homem **2**
- ☐ 9) Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM **1**
- ☐ 10) Prevenção de obesidade **2**
- ☐ 11) Educação alimentar **1**
- ☐ 12) Atividades físicas **1**
- ☐ 13) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros) **2**
- ☐ 14) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho **2**
- ☐ 15) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros) **2**
- ☐ 16) Uso abusivo de álcool e outras drogas **2**
- ☐ 17) Tabagismo **2**
- ☐ 18) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros) **1**
- ☐ 19) Posse responsável de cães e gatos **2**
- ☐ 20) Organização do SUS e participação social **2**
- ☐ 21) Outras **0** Qual: _____
- ☐ 22) Nenhuma atividade foi realizada nesse período **0**
 - ☐ **10 alternativas 1**
 - ☐ **10 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativas 0**
 - ☐
 - ☐ **Soma= 30**
 - ☐ **Pontuação = 30**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (22,5) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (22,5) e $> 25\%$ (7,5) = 1**
 - ☐ **$\leq 25\%$ (7,5) = 0**
 - ☐

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras) **1**
- ☐ 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade **1**
- ☐ 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade **2**
- ☐ 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros) **1**
- ☐ 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade **2**

- ☐ 6) Atividades articuladas com outras secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros) **2**
- ☐ 7) Não realiza atividades na comunidade **0**
 - ☐ **03 alternativas 1**
 - ☐ **03 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 9**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (6,75) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1**
 - ☐ **$\leq 25\%$ (2,25) = 0**
 - ☐

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama) **1**
- ☐ 2) Prevenção de DST e aids **1**
- ☐ 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase **2**
- ☐ 4) Planejamento reprodutivo **1**
- ☐ 5) Aleitamento materno **1**
- ☐ 6) Gestação e parto **1**
- ☐ 7) Gestação na adolescência **2**
- ☐ 8) Crescimento e desenvolvimento infantil **1**
- ☐ 9) Climatério e menopausa **2**
- ☐ 10) Saúde Bucal **1**
- ☐ 11) Promoção do envelhecimento saudável **1**
- ☐ 12) Saúde do Homem **2**
- ☐ 13) Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM **1**
- ☐ 14) Educação alimentar e obesidade **2**
- ☐ 15) Atividades físicas **1**
- ☐ 16) Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem e outros) **2**
- ☐ 17) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho **2**
- ☐ 18) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros) **2**
- ☐ 19) Uso abusivo de álcool e outras drogas **2**
- ☐ 20) Tabagismo **2**
- ☐ 21) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros) **1**
- ☐ 22) Posse responsável de cães e gatos **2**
- ☐ 23) Organização do SUS e participação social **2**
- ☐ 24) Outras **1** Qual: _____
- ☐ 25) Nenhuma atividade foi realizada nesse período **0**

12 alternativas 1

12 alternativas 2

01 alternativa 0

-
- ☐ **Pontuação = 36**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (27) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (27) e $> 25\%$ (9) = 1**
 - ☐ **$\leq 25\%$ (9) = 0**
 - ☐
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras) **0**
 - ☐ 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde **1**
 - ☐ 3) Realização de grupos relacionados às ações programáticas (programas de pré-natal, hipertensão e diabetes entre outros) **1**
 - ☐ 4) Atividades em grupo que abordem outros temas **2**
 - ☐ 5) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários **2**
 - ☐ 6) Não realiza atividades de educação em saúde **0**
 - ☐ **02 alternativas 1**
 - ☐ **02 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 6**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (4,5) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (4,5) e $> 25\%$ (1,5) = 1**
 - ☐ **$\leq 25\%$ (1,5) = 0**
 - ☐
-

28. Na sala de espera são realizadas as seguintes atividades: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) A TV fica ligada em programas de canal aberto **0**
- ☐ 2) Discussão de temas propostos pelos pacientes **2**
- ☐ 3) Uso de vídeos com temas de educação em saúde **1**
- ☐ 4) Palestras **1**
- ☐ 5) Rodas de conversa **2**
- ☐ 6) Exposição de cartazes educativos **0**
- ☐ 7) Exposição de panfletos educativos **0**
- ☐ 8) Outras atividades de educação em saúde **0**
- ☐ 9) Nenhuma atividade é realizada **0**
 - ☐ **02 alternativas 1**

- ☐ 02 alternativas 2
- ☐ 05 alternativa 0
- ☐
- ☐ Pontuação = 6
- ☐ $\geq 75\%$ (4,5) = 2
- ☐ $< 75\%$ (4,5) e $> 25\%$ (1,5) = 1
- ☐ $\leq 25\%$ (1,5) = 0
- ☐

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Cartazes sobre temas da gestação na sala de espera 0
- ☐ 2) Palestras sobre temas da gestação sem grupos de pré-natal 1
- ☐ 3) Grupos periódicos para gestantes 1
- ☐ 4) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares 2
- ☐ 5) Distribuição de folder e panfletos educativos 0
- ☐ 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade 2
- ☐ 7) Não realizamos atividades educativas com gestante 0
- ☐ 02 alternativas 1
- ☐ 02 alternativas 2
- ☐ 03 alternativa 0
- ☐
- ☐ Pontuação = 6
- ☐ $\geq 75\%$ (4,5) = 2
- ☐ $< 75\%$ (4,5) e $> 25\%$ (1,5) = 1
- ☐ $\leq 25\%$ (1,5) = 0
- ☐

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade 2
- ☐ 2) Vacinação 1
- ☐ 3) Educação em saúde bucal 1
- ☐ 4) Higiene pessoal 0
- ☐ 5) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros) 1
- ☐ 6) Avaliação de acuidade visual 1
- ☐ 7) Avaliação de acuidade auditiva 1
- ☐ 8) Prevenção de acidentes domésticos 2
- ☐ 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor 2
- ☐ 10) Saúde e meio ambiente 2

- ☐ 11) Posse responsável de animais **1**
- ☐ 12) Não realiza atividades regulares em creches e escolas **0**
- ☐ 13) Exclusão social e discriminação **2**
- ☐ 14) Bullying **2**
- ☐ 15) Prevenção da violência **2**
- ☐ 16) Orientações contra o trabalho infantil **1**
- ☐ 17) Sexualidade e educação sexual **1**
- ☐ 18) Prostituição infantil **2**
- ☐ 19) Não atende crianças **0**
- ☐

-
- ☐ **08 alternativas 1**
 - ☐ **08 alternativas 2**
 - ☐ **03 alternativa 0**
 - ☐ **Pontuação = 24**
 - ☐ **$\geq 75\% (18) = 2$**
 - ☐ **$< 75\% (18)$ e $> 25\% (6) = 1$**
 - ☐ **$\leq 25\% (6) = 0$**
 - ☐
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Desenvolvimento/mudanças na adolescência **1**
- ☐ 2) Sexualidade, prevenção de DST/aids **1**
- ☐ 3) Uso de álcool e drogas **1**
- ☐ 4) Agressividade e conflito com a lei **2**
- ☐ 5) Exclusão social e discriminação **2**
- ☐ 6) Bullying **2**
- ☐ 7) Violência doméstica e sexual **1**
- ☐ 8) Prostituição na adolescência **2**
- ☐ 9) Obesidade **1**
- ☐ 10) Saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros) **2**
- ☐ 11) Inserção no mercado de trabalho **2**
- ☐ 12) Saúde e meio ambiente **2**
- ☐ 13) Posse responsável de animais **1**
- ☐ 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes **0**
- ☐ 15) Outros **1** Quais: _____
- ☐
- ☐ **07 alternativas 1**
- ☐ **07 alternativas 2**
- ☐ **01 alternativa 0**

- ☐
- ☐ **Pontuação = 21**
- ☐ **$\geq 75\%$ (15,75) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (15,75) e $> 25\%$ (5,25) = 1**
- ☐ **$\leq 25\%$ (5,25) = 0**
- ☐

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) População em geral durante campanhas **1**
- ☐ 2) Grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo e outros **2**
- ☐ 3) Escolares de nível fundamental **2**
- ☐ 4) Adolescentes em geral **1**
- ☐ 5) Jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social **2**
- ☐ 6) Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas **2**
- ☐ 7) Comunidades rurais, indígenas ou quilombolas **1**
- ☐ 8) Instituições na comunidade como centros de convivência **1**
- ☐ 9) Não realizamos essas ações de forma planejada **0**

04 alternativas 1

04 alternativas 2

01 alternativa 0

Pontuação = 12

$\geq 75\%$ (9) = 2

$< 75\%$ (9) e $> 25\%$ (3) = 1

$\leq 25\%$ (3) = 0

III. 2. Atividades de rotina

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Vacinação **1**
- ☐ 2) Inalação **1**
- ☐ 3) Curativo **1**
- ☐ 4) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina) **2**
- ☐ 5) Pequenas suturas **2**
- ☐ 6) Retirada de pontos **1**
- ☐ 7) Hidratação por via venosa **2**
- ☐ 8) Aplicação de tratamento endovenoso **2**
- ☐ 9) Aplicação de tratamento intramuscular **1**
- ☐ 10) Drenagem de abscessos **1**
- ☐ 11) Troca de sonda vesical de demora **2**

-
- ☐ 12) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil) **2**
 - ☐ 13) Lavagem de ouvido **2**
 - ☐ 14) Outros **1** Quais: _____
 - ☐ 15) Não realiza nenhum procedimento **0**
 - ☐ **07 alternativas 1**
 - ☐ **07 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
-
- ☐ **Pontuação = 21**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (15,75) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (15,75) e $> 25\%$ (5,25) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (5,25) = 0**
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) BCG **1**
 - ☐ 2) Hepatite B **1**
 - ☐ 3) Poliomelite/ vacina oral de pólio/vop **1**
 - ☐ 4) Polio Inativada/ vacina inativada de polio/VIP **1**
 - ☐ 5) Pentavalente (DTP + Hib + HB) **1**
 - ☐ 6) DTP (Tríplice Bacteriana) **1**
 - ☐ 7) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR) **1**
 - ☐ 8) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora) **1**
 - ☐ 9) dT (dupla adulto) **1**
 - ☐ 10) Rotavírus Humano **1**
 - ☐ 11) Febre Amarela **1**
 - ☐ 12) Anti-rábica **1**
 - ☐ 13) Influenza **1**
 - ☐ 14) P10 (Pneumocócica 10) **1**
 - ☐ 15) Pneumocócica 23 valente **1**
 - ☐ 16) Meningocócica C **1**
 - ☐ 17) Vacina contra HPV **1**
 - ☐ 18) Não realiza vacinação **0**
 - ☐
- ☐ **17 alternativas 1**
 - ☐ **0 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 17**

- ☐ $\geq 75\%$ (12,75) = 2
- ☐ $< 75\%$ (12,75) e $> 25\%$ (4,25) = 1
- ☐ $\leq 25\%$ (4,25) = 0
- ☐

35. Exames **feitos** na Unidade: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Eletrocardiograma (ECG) **2**
- ☐ 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT) **1**
- ☐ 3) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG **2**
- ☐ 4) PPD (Teste tuberculínico) **1**
- ☐ 5) Teste rápido para HIV **2**
- ☐ 6) Teste rápido para Sífilis **2**
- ☐ 7) Teste rápido para hepatite B **2**
- ☐ 8) Teste rápido para hepatite C **1**
- ☐ 9) Teste rápido de proteinúria **1**
- ☐ 10) Detecção de neuropatia periférica com estesiômetro ou diapasão **1**
- ☐ 11) Não realiza nenhum exame **0**
 - ☐ **05 alternativas 1**
 - ☐ **05 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 15**
 - ☐ $\geq 75\%$ (11,25) = 2
 - ☐ $< 75\%$ (11,25) e $> 25\%$ (3,75) = 1
 - ☐ $\leq 25\%$ (3,75) = 0
 - ☐

36. Exames **colhidos** na Unidade: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes) **2**
- ☐ 2) Teste do pezinho **1**
- ☐ 3) Papanicolaou (Citologia Oncótica Tríplice) **1**
- ☐ 4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina) **2**
- ☐ 5) Outros **0** Quais _____
- ☐ 6) Não são colhidos exames na Unidade **0**
 - ☐ **02 alternativas 1**
 - ☐ **02 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 6**
 - ☐ $\geq 75\%$ (4,5) = 2

- ☐ < 75% (4,5) e > 25% (1,5) = 1
- ☐ ≤ 25% (1,5) = 0
- ☐

37. Os resultados dos exames são avaliados: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa MODIFICADO

- ☐ 1) Quando o paciente comparece para atendimento **0**
- ☐ 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte **1**
- ☐ 3) Quando os resultados chegam na Unidade **2**
- ☐ 4) Quando os resultados chegam, apenas para os exames considerados prioritários pela Unidade (mamografia, exames do pré natal, exames de urgência, entre outros) **1**
- ☐ 5) Não são avaliados **0**

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) **PONTUADA**

Preenchimento

PROFISSIONAIS	(tempo em minutos)			
	<10	10 a 20	20 a 30	>30
1) Médico de família	0	2	1	0
2) Clínico	0	2	1	0
3) Pediatra	0	2	1	0
4) Ginecologista/Obstetra	0	2	1	0
5) Outras especialidades	0	2	1	0

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Gestantes **2**
- ☐ 2) Revisão pós-parto/puerpério **2**
- ☐ 3) Resultado(s) de exame(s) alterado(s) **2**
- ☐ 4) Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações **1**
- ☐ 5) Recém-nascidos **1**
- ☐ 6) Recém-nascidos de risco **2**
- ☐ 7) Crianças em seguimento na puericultura **1**
- ☐ 8) Crianças até dois anos **1**
- ☐ 9) Crianças de risco (desnutrição e outros) **2**

- ☐ 10) Vacinação **1**
- ☐ 11) Tuberculose ou hanseníase **2**
- ☐ 12) Outras **1** Quais: _____
- ☐ 13) Não se faz convocação de faltosos **0**
 - ☐ **06 alternativas 1**
 - ☐ **06 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 18**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (13,5) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (13,5) e $> 25\%$ (4,5) = 1**
 - ☐ **$\leq 25\%$ (4,5) = 0**
 - ☐

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

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: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Pílula (anticoncepcional oral) **1**
- ☐ 2) Anticoncepcional injetável **2**
- ☐ 3) Camisinha (preservativo masculino) **1**
- ☐ 4) Preservativo feminino **2**
- ☐ 5) DIU **2**
- ☐ 6) Diafragma **2**
- ☐ 7) Pílula do dia seguinte **2**
- ☐ 8) Encaminhamento para laqueadura **1**
- ☐ 9) Encaminhamento para vasectomia **1**
- ☐ 10) Outros **1** Quais: _____

- ☐ 11) Nenhum **0**
- ☐ 12) Não atendemos adultos **0**
- ☐

05 alternativas 1

05 alternativas 2

02 alternativa 0

Pontuação = 15

$\geq 75\%$ (11,25) = 2

$< 75\%$ (11,25) e $> 25\%$ (3,75) = 1

$\leq 25\%$ (3,75) = 0

42. Na rotina, o **critério utilizado para** dispensação de preservativos é: **PONTUADA**
Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Conforme solicitação, para a população em geral **1**
- ☐ 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para a população em geral **2**
- ☐ 3) Há controle com cota mensal igual para todos os pacientes **0**
- ☐ 4) Há controle com cotas maiores para a população vulnerável **1**
- ☐ 5) Não distribuimos preservativos nesta Unidade **0**
- ☐

43. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para as seguintes especialidades é: **PONTUADA**
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	2	1	1	0	0
2) Otorrinolaringologia	2	2	1	1	0	0
3) Ortopedia	2	2	1	1	0	0
4) Gastroenterologia	2	2	1	1	0	0
5) Cardiologia	2	2	1	1	0	0
6) Neurologia	2	2	1	0	0	0
7) Psiquiatria	2	1	1	0	0	0
8) Fisioterapia	2	2	1	0	0	0

III. 3. Recepção e acolhimento

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

- ☐ 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento **0**
- ☐ 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda **1**
- ☐ 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco **2**
- ☐ 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade **2**
- ☐ 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto **2**
- ☐ 6) Outras **0** Quais: _____
- ☐ 7) Não atende demanda espontânea **0**
- ☐

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia **2**
- ☐ 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro **2**
- ☐ 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem **1**
- ☐ 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade **1**
- ☐ 5) Agendamento para atendimento em grupo **2**
- ☐ 6) Encaminhamento ~~direto~~ para o pronto-socorro **1**
- ☐ 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço **1**
- ☐ 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros) **2**
- ☐ 9) Não atende pacientes não agendados **0**

04 alternativas 1

04 alternativas 2

01 alternativa 0

Pontuação = 12

≥ 75% (9) = 2

< 75% (9) e > 25% (3) = 1

≤ 25% (3) = 0

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: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) 100% de pacientes agendados **0**
- ☐ 2) 30% de pacientes agendados e 70% de não agendados **0**

- ☐ 3) 70% de pacientes agendados e 30% de não agendados **2**
- ☐ 4) 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados **1**
- ☐ 5) 100% de pacientes não agendados **0**
- ☐ 6) Informação não disponível **0**
- ☐

47. As consultas médicas são agendadas: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Com hora marcada para cada paciente **2**
- ☐ 2) Para grupo de pacientes por hora **1**
- ☐ 3) Para todos os pacientes no início do turno **0**
- ☐ 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea **0**

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: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Até 1 semana **2**
- ☐ 2) Entre 7 e 30 dias **2**
- ☐ 3) Entre 1 e 3 meses **1**
- ☐ 4) 4 meses ou mais **0**
- ☐ 5) Realizada no mesmo dia, trabalhamos com demanda espontânea **0**

III. 4. Saúde da Mulher

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Pré-natal **1**
- ☐ 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou) **0**
- ☐ 3) Prevenção e controle das DST e Aids **2**
- ☐ 4) Planejamento reprodutivo **2**
- ☐ 5) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual **2**
- ☐ 6) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista **1**
- ☐ 7) Detecção precoce de câncer de mama **1**
- ☐ 8) O serviço não desenvolve ações especificamente voltadas para a Saúde da Mulher **0**
- ☐ **03 alternativas 1**
- ☐ **03 alternativas 2**
- ☐ **02 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 9**
- ☐ **≥ 75% (6,75) = 2**

☐ $< 75\% (6,75) \text{ e } > 25\% (2,25) = 1$

☐ $\leq 25\% (2,25) = 0$

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda **0**
- ☐ 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na unidade **0**
- ☐ 3) Uma vez ao ano para todas as mulheres entre 25-59 anos atendidas **1**
- ☐ 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-59 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais **2**
- ☐ 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou em mulheres entre 25-59 anos, com dois exames anteriores normais **1**
- ☐ 6) Outro **0** Qual: _____
- ☐ 7) Serviço não realiza esse exame **0**
- ☐ **02 alternativas 1**
- ☐ **01 alternativas 2**
- ☐ **04 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 4**
- ☐ $\geq 75\% (3) = 2$
- ☐ $< 75\% (3) \text{ e } > 25\% (1) = 1$
- ☐ $\leq 25\% (1) = 0$

51. A coleta do Papanicolaou é oferecida pelo serviço: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa **MODIFICADO**

- ☐ 1) Todos os dias **2**
- ☐ 2) Uma vez por semana **1**
- ☐ 3) Duas ou mais vezes por semana **2**
- ☐ 4) A cada 15 dias **0**
- ☐ 5) Uma vez por mês **0**
- ☐ 6) Depende da disponibilidade dos profissionais **0**
- ☐ 7) Não realiza esse exame **0**

52. Os resultados do exame de Papanicolaou são: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Arquivados nos prontuários ou em caixas e avaliados quando a paciente comparece à consulta **0**

- ☐ 2) Checados quando chegam à Unidade e as pacientes com exames alterados são convocadas **1**
- ☐ 3) Registrados em livro ou fichas de controle, arquivados, e as pacientes com exames alterados são convocadas **2**
- ☐ 4) Outras **0** Quais: _____
- ☐ 5) Não realiza esse exame **0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Uma vez ao ano, para todas mulheres a partir dos 40 anos **2**
 - ☐ 2) Quando há queixas da paciente em relação à mama **1**
 - ☐ 3) Nas consultas ginecológicas de rotina **1**
 - ☐ 4) Quando realiza a coleta do exame de Papanicolaou **2**
 - ☐ 5) Durante campanhas ou mutirões **0**
 - ☐ 6) Somente quando a paciente solicita o exame **0**
 - ☐ 7) Não é realizado na Unidade **0**
 - ☐ **02 alternativas 1**
 - ☐ **02 alternativas 2**
 - ☐ **03 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 6**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (4,5) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (4,5) e $> 25\%$ (1,5) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (1,5) = 0**
 - ☐

54. A solicitação de mamografia é feita: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde **1**
- ☐ 2) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais com exame clínico de mama alterado **1**
- ☐ 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais sem alteração de exame ou fatores de risco **0**
- ☐ 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico **2**
- ☐ 5) Para todas as pacientes que solicitem exame **0**
- ☐ 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 **2**
- ☐ 7) Esse exame não é solicitado **0**

- ☐ 02 alternativas 1
- ☐ 02 alternativas 2
- ☐ 03 alternativa 0
- ☐
- ☐ Pontuação = 6
- ☐ $\geq 75\%$ (4,5) = 2
- ☐ $< 75\%$ (4,5) e $> 25\%$ (1,5) = 1
- ☐ $\leq 25\%$ (1,5) = 0
- ☐

55. Quando o resultado do teste de gravidez é entregue para a paciente: **PONTUADA**
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 0
- ☐ 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 1
- ☐ 3) A equipe pergunta à mulher se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários 2
- ☐ 4) Os resultados de teste de gravidez são entregues em outros serviços ou no local onde é realizado o exame 0

56. Após o diagnóstico de gravidez, as primeiras ações de pré natal são preferencialmente realizadas: **PONTUADA**
Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Imediatamente, por profissional médico ou de enfermagem 2
- ☐ 2) Por meio de agendamento para consulta médica ou de enfermagem 1
- ☐ 3) Essa Unidade não realiza Pré Natal 0
- ☐

57. A proporção média de gestantes com início do pré natal no 1º trimestre é: **PONTUADA**
Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) 90% ou mais 2
- ☐ 2) Entre 90% 80% 1
- ☐ 3) Entre 80% e 60% 0
- ☐ 4) menos de 60% 0
- ☐ 5) A unidade não dispõe destas informações 0

58. Qual é a média de consultas de Pré Natal de baixo risco por gestante no último ano? **PONTUADA**
Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Até 5 consultas 0

- ☐ 2) Entre 6 e 7 consultas **1**
- ☐ 3) 8 consultas ou mais **2**
- ☐ 4) A Unidade não dispõe dessas informações **0**
- ☐ 5) Não realiza o pré natal **0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo	1	0	1
2) Eritrograma (Hb e Ht)	2	0	2
3) Urina I	1	0	1
4) Urocultura	1	0	1
5) Teste rápido de proteinúria	0	2	2
6) Tipagem sanguínea	1	0	0
7) Coombs indireto caso Rh negativo	2	2	2
8) Teste rápido para sífilis	2	0	0
9) Sorologia para Sífilis	2	0	2
10) Teste rápido para HIV	2	0	0
11) Sorologia para HIV	2	0	2
12) Sorologia para Rubéola	0	0	0
13) Sorologia para toxoplasmose	2	0	1
14) Sorologia para hepatite B	2	0	2
15) Glicemia de jejum	1	0	1
16) Teste de intolerância à glicose	0	1	0
17) Ferro sérico	0	0	0
18) Uréia	0	0	0
19) Creatinina	0	0	0
20) TGO, TGP	0	0	0
21) Ultra-Som obstétrico	2	0	0
22) Papanicolaou (colpocitologia oncológica)	1	0	0
23) Bacterioscopia da secreção vaginal	0	0	0
24) Outros	0	0	0
Quais: _____			
☐ 24) Não são solicitados exames nesta Unidade 0 ☐ 25) Não realiza o pré natal 0			

12 alternativas 1

17 alternativas 2

44 alternativas 0

-
- ☐ **Pontuação =**
- ☐ **$\geq 75\%$ () = 2**
- ☐ **$< 75\%$ () e $> 25\%$ () = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ () = 0**
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Estado nutricional e do ganho de peso na gestação **1**
- ☐ 2) Práticas alimentares saudáveis e atividade física **2**
- ☐ 3) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas **2**
- ☐ 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto **2**
- ☐ 5) Avaliação das condições de trabalho **2**
- ☐ 6) Escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais **2**
- ☐ 7) Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico **1**
- ☐ 8) Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante e com preenchimento da Ficha Perinatal **1**
- ☐ 9) Vacinação (tétano e hepatite B) **1**
- ☐ 10) Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico **1**
- ☐ 11) Identificação das gestantes de alto risco **2**
- ☐ 12) Orientações e estímulo ao aleitamento materno **1**
- ☐ 13) Orientação e encaminhamento para atendimento odontológico **1**
- ☐ 14) Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes **2**
- ☐ **15)** Não realiza o pré natal **0**

-
- ☐ **7 alternativas 1**
- ☐ **7 alternativas 2**
- ☐ **1 alternativas 0**
-

-
- ☐ **Pontuação = 21**
- ☐ **$\geq 75\%$ (15,75) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (15,75) e $> 25\%$ (5,25) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (5,25) = 0**
-

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência retornando à unidade após o parto **0**

- ☐ 2) Acompanhada na unidade por falta de serviços de referência **1**
- ☐ 3) Acompanhada na unidade que é responsável pelos seguimentos de baixo e alto risco **1**
- ☐ 4) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade **2**
- ☐ 5) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal **0**

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro **2**
- ☐ 2) Na Unidade somente para gestante **1**
- ☐ 3) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento **0**
- ☐ 4) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro **1**
- ☐ 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade **0**
- ☐ 6) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal **0**

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Somente na unidade **0**
- ☐ 2) Somente em serviço de referência **1**
- ☐ 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade **2**
- ☐ 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal **0**

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Na maternidade que realizou o parto ou em maternidade de referência **1**
- ☐ 2) Na unidade de saúde, que já deixa pré-agendada ao final do pré natal **1**
- ☐ 3) Na unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar e/ou por visita domiciliar **2**
- ☐ 4) Na maternidade que realizou o parto e na unidade de saúde com agendamento prévio **2**
- ☐ 6) Na unidade, quando a usuária procurar **0**
- ☐ 7) Realizado durante visitas domiciliares programadas **2**
- ☐ 8) Não é realizada de rotina **0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Evolução da gestação (vivência, intercorrências, exames laboratoriais) **1**
 - ☐ 2) Histórico do parto (tipo, intercorrências, vivência, entre outros) **1**
 - ☐ 3) Presença de intercorrências pós parto (febre, hemorragia, aumento da pressão arterial, entre outros) **1**
 - ☐ 4) Aleitamento materno (frequência e duração das mamadas, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros) **2**
 - ☐ 5) Suplementação de Ferro **1**
 - ☐ 6) Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo) **2**
 - ☐ 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN) **2**
 - ☐ 8) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos **1**
 - ☐ 9) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, teste do pezinho, testes do olhinho e orelhinha) **2**
 - ☐ 10) Orientações sobre atividade sexual e contracepção **2**
 - ☐ 11) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas **0**
 - ☐ 12) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto) **2**
 - ☐ 13) Orientações sobre alimentação **1**
 - ☐ 14) A unidade não realiza consulta de puerpério imediato **0**
 - ☐ **06 alternativas 1**
 - ☐ **06 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 18**
 - ☐ **$\geq 75\% (13,5) = 2$**
 - ☐ **$< 75\% (13,5) \text{ e } > 25\% (4,5) = 1$**
-
- ☐ **$\leq 25\% (4,5) = 0$**
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na unidade **1**
- ☐ 2) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros) **1**
- ☐ 3) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério **2**
- ☐ 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros) **2**
- ☐ 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento **1**
- ☐ 6) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN) **2**
- ☐ 7) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas **0**

☐ 8) A unidade não realiza consulta de puerpério tardio **0**

☐

☐ **03 alternativas 1**

☐ **03 alternativas 2**

☐ **02 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 9**

☐ **$\geq 75\% (6,75) = 2$**

☐ **$< 75\% (6,75) \text{ e } > 25\% (2,25) = 1$**

☐ **$\leq 25\% (2,25) = 0$**

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

Assinale apenas uma alternativa

☐ 1) Sim **0**

☐ 2) Não **2**

☐ 3) Não sabe informar por não possuir os dados **0**

☐ 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal **0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

☐ 1) Protocolo de atendimento **1**

☐ 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas **1**

☐ 3) Livre declaração da mulher **0**

☐ 4) Discussão de caso em equipe **2**

☐ 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos **2**

☐ 6) Não sabe informar **0**

☐ 7) Não temos esse tipo de demanda **0**

☐ 8) Não atende essa demanda específica **0**

☐ **02 alternativas 1**

☐ **02 alternativas 2**

☐ **04 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 6**

☐ **$\geq 75\% (4,5) = 2$**

☐ **$< 75\% (4,5) \text{ e } > 25\% (1,5) = 1$**

☐ **$\leq 25\% (1,5) = 0$**

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

PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS **0**
 - ☐ 2) Denúncia à autoridade policial **0**
 - ☐ 3) Notificação compulsória **1**
 - ☐ 4) Acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade **2**
 - ☐ 5) Acompanhamento em grupo **2**
 - ☐ 6) Acompanhamento individual conforme protocolo **2**
 - ☐ 7) Encaminhamento para serviço de referência **1**
 - ☐ 8) Denúncia ao DISQUE 180 **1**
 - ☐ 9) Outro **0** Quais: _____
 - ☐ 10) Não sabe informar **0**
 - ☐ 11) Não temos esse tipo de demanda **0**
 - ☐ 12) Não atende a essa demanda específica **0**
 - ☐ **03 alternativas 1**
 - ☐ **03 alternativas 2**
 - ☐ **06 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 9**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (6,75) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (2,25) = 0**
-

III. 5. Saúde da Criança e do Adolescente

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

PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação dos parâmetros de crescimento (peso, altura, entre outros) **1**
- ☐ 2) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido **1**
- ☐ 3) Orientação sobre aleitamento materno **1**
- ☐ 4) Encaminhamento para banco de leite ou para acesso a leite modificado quando há contra indicação para aleitamento materno (HIV, entre outros) **2**
- ☐ 5) Avaliação do perímetro cefálico (menor de um ano) **0**
- ☐ 6) Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, entre outros) **1**
- ☐ 7) Vacinação **1**
- ☐ 8) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor **2**
- ☐ 9) Registro do seguimento na caderneta da criança **1**
- ☐ 10) Realização de espelho (cópia) em prontuário da caderneta da criança **2**

- ☐ 11) Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição e obesidade) **1**
- ☐ 12) Vigilância de trabalho infantil **2**
- ☐ 13) Saúde Bucal **1**
- ☐ 14) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, entre outros) **2**
- ☐ 15) Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA) **1**
- ☐ 16) Orientação para prevenção de acidentes **2**
- ☐ 17) Orientação sobre sexualidade e educação sexual **2**
- ☐ 18) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros) **2**
- ☐ 19) Identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual **2**
- ☐ 20) Não atende crianças **0**
- ☐
- ☐ **09 alternativas 1**
- ☐ **09 alternativas 2**
- ☐ **02 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 27**
- ☐ **$\geq 75\% (20,25) = 2$**
- ☐ **$< 75\% (20,25) \text{ e } > 25\% (6,75) = 1$**

- ☐ **$\leq 25\% (6,75) = 0$**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Unidade de Saúde **0**
- ☐ 2) Domicílio **1**
- ☐ 3) Instituições para crianças (creche, escolas, entre outros) **2**
- ☐ 4) Reuniões de bairro **1**
- ☐ 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros) **2**
- ☐ 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança **0**
- ☐ 7) Não atende crianças **0**
- ☐ **02 alternativas 1**
- ☐ **02 alternativas 2**
- ☐ **03 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 6**
- ☐ **$\geq 75\% (4,5) = 2$**
- ☐ **$< 75\% (4,5) \text{ e } > 25\% (1,5) = 1$**

☐ $\leq 25\%$ (1,5) = 0

☐

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar **2**
- ☐ 2) Pela maternidade, na alta, pós parto **2**
- ☐ 3) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea) **0**
- ☐ 4) Na última consulta de pré-natal **1**
- ☐ 5) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco **1**
- ☐ 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio **2**
- ☐ 7) Não trabalhamos com agendamento **0**
- ☐ 8) Não atende crianças **0**

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

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Consulta médica agendada segundo calendário de consultas mínimas **1**
- ☐ 2) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais **1**
- ☐ 3) Somente a partir de demanda da mãe ou responsáveis **0**
- ☐ 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 **2**
- ☐ 5) Não atende crianças **0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência **1**
- ☐ 2) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids **1**
- ☐ 3) Planejamento reprodutivo **1**
- ☐ 4) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos **2**
- ☐ 5) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas **2**
- ☐ 6) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei **2**
- ☐ 7) Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual **2**
- ☐ 8) Prevenção de obesidade **1**
- ☐ 9) Atenção à saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros) **2**
- ☐ 10) Saúde e meio ambiente **1**
- ☐ 11) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes **0**

- ☐ 12) Outros **0** Quais: _____

-
- ☐ **05 alternativas 1**
- ☐ **05 alternativas 2**
- ☐ **02 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 15**
- ☐ **$\geq 75\%$ (11,25) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (11,25) e $> 25\%$ (3,75) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (3,75) = 0**
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Unidade de Saúde **1**
- ☐ 2) Domicílio **1**
- ☐ 3) Instituições que concentram adolescentes (escolas, ONG, entre outros) **2**
- ☐ 4) Reuniões de bairro **1**
- ☐ 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros) **2**
- ☐ 6) Espaços comunitários, como quadras **2**
- ☐ 7) Outros **0** Quais: _____
- ☐ 8) Não desenvolve atividade planejadas para adolescentes **0**
- ☐ 9) Não atende adolescentes **0**
- ☐ **03 alternativas 1**
- ☐ **03 alternativas 2**
- ☐ **03 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 9**
- ☐ **$\geq 75\%$ (6,75) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (2,25) = 0**
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Protocolo de atendimento **1**
- ☐ 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas **1**
- ☐ 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso **1**
- ☐ 4) Livre declaração dos responsáveis **0**

- ☐ 5) Discussão de caso em equipe **2**
- ☐ 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos **2**
- ☐ 7) Visita domiciliar **2**
- ☐ 8) Não sabe informar **0**
- ☐ 9) Não temos esse tipo de demanda específica **0**
- ☐ 10) Não atende crianças e adolescentes **0**
- ☐

☐ **03 alternativas 1**

☐ **03 alternativas 2**

☐ **04 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 9**

☐ **$\geq 75\% (6,75) = 2$**

☐ **$< 75\% (6,75) \text{ e } > 25\% (2,25) = 1$**

☐ **$\leq 25\% (2,25) = 0$**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Denúncia ao Conselho Tutelar **1**
- ☐ 2) Denúncia ao DISQUE 100 **1**
- ☐ 3) Atendimento e acompanhamento dos pais **2**
- ☐ 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS **1**
- ☐ 5) Notificação Compulsória **1**
- ☐ 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade **2**
- ☐ 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio **2**
- ☐ 8) Proposta de acompanhamento intersetorial **2**
- ☐ 9) Não sabe informar **0**
- ☐ 10) Não temos esse tipo de demanda **0**
- ☐ 11) Não atende essa demanda específica **0**

04 alternativas 1

04 alternativas 2

03 alternativa 0

☐

☐ **Pontuação = 12**

☐ **$\geq 75\% (9) = 2$**

☐ **$< 75\% (9) \text{ e } > 25\% (3) = 1$**

☐ **$\leq 25\% (3) = 0$**

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: PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) O atendimento ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos **0**
- ☐ 2) Diabetes **1**
- ☐ 3) Hipertensão **1**
- ☐ 4) Tabagismo **2**
- ☐ 5) Obesidade **2**
- ☐ 6) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, entre outros) **1**
- ☐ 7) Prevenção de câncer de próstata **2**
- ☐ 8) Alcoolismo / Drogas **2**
- ☐ 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, entre outros) **2**
- ☐ 10) Hanseníase **1**
- ☐ 11) Tuberculose **1**
- ☐ 12) Outras doenças respiratórias (asma, entre outras) **1**
- ☐ 13) Identificação de pessoas com necessidades de prótese dentária **1**
- ☐ 14) Violência doméstica **2**
- ☐ 15) Saúde do trabalhador **2**
- ☐ 16) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, entre outros) **2**
- ☐ 17) Diagnóstico e tratamento DST **1**
- ☐ 18) Diagnóstico e tratamento de aids **1**
- ☐ 19) Testagem e Aconselhamento de DST, aids e hepatites virais **2**
- ☐ 20) Outros **0** Quais: _____
- ☐ 21) Não atendemos adultos **0**
- ☐

☐ **09 alternativas 1**

☐ **09 alternativas 2**

☐ **03 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 27**

☐ **$\geq 75\%$ (20,25) = 2**

☐ **$< 75\%$ (20,25) e $> 25\%$ (6,75) = 1**

☐ **$\leq 25\%$ (6,75) = 0**

☐

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento **1**
- ☐ 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos e conforme necessidade dos pacientes **2**
- ☐ 3) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames **1**
- ☐ 4) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia **0**
- ☐ 5) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento **2**
- ☐ 6) Orientação de atividades físicas **1**
- ☐ 7) Grupos de apoio para condições crônicas (alternativas para dieta, adesão ao tratamento, entre outros) **2**
- ☐ 8) Registro dos pacientes de risco diferenciado **1**
- ☐ 9) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado **2**
- ☐ 10 Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas **0**
- ☐ 11) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas **0**
- ☐
- ☐ **04 alternativas 1**
- ☐ **04 alternativas 2**
- ☐ **03 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 12**
- ☐ **≥ 75% (9) = 2**
- ☐ **< 75% (9) e > 25% (3) = 1**
- ☐ **≤ 25% (3) = 0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Atendimento sem protocolo específico **0**
- ☐ 2) Acompanhamento com protocolo **2**
- ☐ 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico **1**
- ☐ 4) Orientação de dieta **0**
- ☐ 5) Tratamento e/ou prevenção de obesidade **2**
- ☐ 6) Solicitação periódica de exames **1**
- ☐ 7) Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira alternativa, sempre que indicado **2**
- ☐ 8) Avaliação de risco cardiovascular para introdução de terapêutica medicamentosa **2**
- ☐ 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros) **2**
- ☐ 10) Orientação de atividade física **1**
- ☐ 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo **1**
- ☐ 12) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas **1**

- ☐ 13) A Unidade não atende paciente portadores de hipertensão arterial **0**

☐

☐ **05 alternativas 1**

☐ **05 alternativas 2**

☐ **03 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 15**

☐ **$\geq 75\%$ (11,25) = 2**

☐ **$< 75\%$ (11,25) e $> 25\%$ (3,75) = 1**

☐ **$\leq 25\%$ (3,75) = 0**

81. Exames solicitados de rotina para PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Urina I **1**
- ☐ 2) Potássio **1**
- ☐ 3) Creatinina sérica **1**
- ☐ 4) Glicemia de jejum **1**
- ☐ 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL) **1**
- ☐ 6) Triglicerídeos **1**
- ☐ 7) Ácido úrico **1**
- ☐ 8) Eletrocardiograma – ECG **2**
- ☐ 9) Exame de fundo de olho **2**
- ☐ 10) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial **0**

☐

☐ **07 alternativas 1**

☐ **02 alternativas 2**

☐ **01 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 11**

☐ **$\geq 75\%$ (8,25) = 2**

☐ **$< 75\%$ (8,25) e $> 25\%$ (2,75) = 1**

☐ **$\leq 25\%$ (2,75) = 0**

☐

82. Para os PORTADORES DE DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Atendimento sem protocolo específico **0**

- ☐ 2) Acompanhamento com protocolo **2**
 - ☐ 3) Orientação de dieta **1**
 - ☐ 4) Tratamento e/ou prevenção de obesidade **2**
 - ☐ 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos **1**
 - ☐ 6) Solicitação periódica de exames **1**
 - ☐ 7) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés **2**
 - ☐ 8) Treinamento para auto aplicação de insulina **1**
 - ☐ 9) Fornecimento do glicosímetro **0**
 - ☐ 10) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros) **2**
 - ☐ 11) Orientação de atividade física **1**
 - ☐ 12) Orientação e suporte para abandono do tabagismo **2**
 - ☐ 13) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II **0**
 - ☐ **05 alternativas 1**
 - ☐ **05 alternativas 2**
 - ☐ **03 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 15**
 - ☐ **$\geq 75\% (11,25) = 2$**
 - ☐ **$< 75\% (11,25) \text{ e } > 25\% (3,75) = 1$**
-
- ☐ **$\leq 25\% (3,75) = 0$**
-

83. Exames solicitados de rotina para PORTADORES DE DIABETES TIPO II, são:
PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Glicemia de jejum **1**
 - ☐ 2) Urina I **1**
 - ☐ 3) Microalbuminúria **1**
 - ☐ 4) Creatinina sérica **1**
 - ☐ 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL) **1**
 - ☐ 6) Triglicerídeos **1**
 - ☐ 7) Hemoglobina glicada a cada 3 meses até alcançar controle, depois a cada 6 meses **2**
 - ☐ 8) Exame de fundo de olhos **2**
 - ☐ 9) Eletrocardiograma – ECG **1**
 - ☐ 10) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II **0**
 - ☐ **07 alternativas 1**
 - ☐ **02 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 11**
 - ☐ **$\geq 75\% (8,25) = 2$**
 - ☐ **$< 75\% (8,25) \text{ e } > 25\% (2,75) = 1$**
-

☐ $\leq 25\% (2,75) = 0$

84. Os medicamentos disponíveis na Unidade para hipertensão e diabetes são: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Hidroclorotiazida **1**
- ☐ 2) Furosemida **1**
- ☐ 3) Espironolactona **1**
- ☐ 4) Manitol **1**
- ☐ 5) Atenolol **1**
- ☐ 6) Propanolol **1**
- ☐ 7) Metildopa **1**
- ☐ 8) Succinato de metoprolol **1**
- ☐ 9) Besilato de anlodipino **1**
- ☐ 10) Cloridrato de verapamil **1**
- ☐ 11) Cloridrato de hidralazina **1**
- ☐ 12) Nitroprusseto de sódio **1**
- ☐ 13) Captopril **1**
- ☐ 14) Enalapril **1**
- ☐ 15) Insulina NPH **1**
- ☐ 16) Insulina Regular **1**
- ☐ 17) Metformina **1**
- ☐ 18) Glibenclamida **1**
- ☐ 19) Outros principais **0** Quais _____
- ☐ 20) Ocorre falta eventual de medicamentos **0**
- ☐ 21) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade **0**
- ☐ **18 alternativas 1**
- ☐ **0 alternativas 2**
- ☐ **03 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 18**
- ☐ $\geq 75\% (13,5) = 2$
- ☐ $< 75\% (13,5) \text{ e } > 25\% (4,5) = 1$
- ☐ $\leq 25\% (4,5) = 0$

85. Para os portadores de condições crônicas considerados “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a unidade: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Encaminha para grupo de adesão na própria unidade **2**
- ☐ 2) Encaminha para serviço de referência **1**
- ☐ 3) Realiza busca ativa **2**

- ☐ 4) Realiza visita domiciliar **1**
 - ☐ 5) Discute alternativas de abordagem em equipe **2**
 - ☐ 6) Discute o caso com supervisão externa **1**
 - ☐ 7) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento **0**
 - ☐ 8) A Unidade não realiza atividades para não aderentes **0**
 - ☐ 9) A Unidade não atende portadores de condições crônicas **0**
 - ☐ **03 alternativas 1**
 - ☐ **03 alternativas 2**
 - ☐ **03 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 9**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (6,75) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (2,25) = 0**
-

86. As ações **regularmente programadas** para atenção aos idosos abordam os seguintes agravos ou problemas de saúde: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação cognitiva (demências) **2**
- ☐ 2) Quadros depressivos na velhice **2**
- ☐ 3) Avaliação funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais) **1**
- ☐ 4) Prevenção de quedas **2**
- ☐ 5) Alimentação e Nutrição **1**
- ☐ 6) Incontinência Urinária **1**
- ☐ 7) Prática Corporal e Atividade Física **1**
- ☐ 8) Sexualidade e DST/aids **2**
- ☐ 9) Menopausa e Andropausa **2**
- ☐ 10) Saúde Bucal **1**
- ☐ 11) Direitos da Pessoa Idosa **1**
- ☐ 12) Violência contra a Pessoa Idosa **2**
- ☐ 13) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas **2**
- ☐ 14) Atenção domiciliar **1**
- ☐ 15) Apoio a idosos em Instituições de Longa Permanência **0**
- ☐ 16) Identificação e orientação de cuidadores (formal ou familiar) **2**
- ☐ 17) Identificação de adoecimento causado pelo trabalho **1**
- ☐ 18) Não existem atividades específicas para idosos **0**
 - ☐ **08 alternativas 1**
 - ☐ **08 alternativas 2**
 - ☐ **00 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 24**

-
- ☐ $\geq 75\% (18) = 2$
- ☐ $< 75\% (18) \text{ e } > 25\% (6) = 1$
-
- ☐ $\leq 25\% (6) = 0$
-

87. Na atenção ao idoso a unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de: **DESCRITIVA**

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: _____
- ☐ 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 violência contra idosos são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Protocolo de atendimento **1**
- ☐ 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas **1**
- ☐ 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso **1**
- ☐ 4) Livre declaração do idoso **0**
- ☐ 5) Discussão de caso em equipe **2**
- ☐ 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos **2**
- ☐ 7) Visita domiciliar **2**
- ☐ 8) Não sabe informar **0**
- ☐ 9) Não temos esse tipo de demanda específica **0**
- ☐ 10) Não atende idosos **0**
- ☐ **03 alternativas 1**
- ☐ **03 alternativas 2**
- ☐ **03 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 9**
- ☐ $\geq 75\% (6,75) = 2$
- ☐ $< 75\% (6,75) \text{ e } > 25\% (2,25) = 1$
-
- ☐ $\leq 25\% (2,25) = 0$
-

89. Em caso de detecção da violência contra idosos são realizados seguintes procedimentos:
PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Denúncia ao CRAS e CREAS **1**
- ☐ 2) Denúncia ao DISQUE 100 **1**
- ☐ 3) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores **1**
- ☐ 4) Denúncia à autoridade policial **1**
- ☐ 5) Notificação Compulsória **2**
- ☐ 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade **2**
- ☐ 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio **2**
- ☐ 8) Proposta de acompanhamento intersetorial **2**
- ☐ 9) Não sabe informar **0**
- ☐ 10) Não temos esse tipo de demanda **0**
- ☐ 11) Não atende essa demanda específica **0**
- ☐ 11) Não atende essa demanda específica **0**
- ☐ **04 alternativas 1**
- ☐ **04 alternativas 2**
- ☐ **04 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 12**
- ☐ **≥ 75% (9) = 2**
- ☐ **< 75% (9) e > 25% (3) = 1**
- ☐
- ☐ **≤ 25% (3) = 0**

90. As ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação da funcionalidade familiar (dinâmica e estrutura) **1**
- ☐ 2) Investigação da rede de apoio social **1**
- ☐ 3) Suporte informativo aos cuidadores **2**
- ☐ 4) Avaliação do estresse do cuidador **2**
- ☐ 5) Detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar **1**
- ☐ 6) Grupo de apoio aos cuidadores **2**
- ☐ 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores **0**
- ☐ **03 alternativas 1**
- ☐ **03 alternativas 2**
- ☐ **02 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 9**

-
- ☐ $\geq 75\%$ (6,75) = 2
 - ☐ $< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1
-
- ☐ $\leq 25\%$ (2,25) = 0
-

91. As ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições são:
PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção **1**
 - ☐ 2) Visitas periódicas com equipe de apoio **2**
 - ☐ 3) Visitas periódicas com médico(a) **2**
 - ☐ 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, entre outros) **1**
 - ☐ 5) Orientações de higiene bucal **1**
 - ☐ 6) Assistência odontológica domiciliar **2**
 - ☐ 7) Orientações quanto aos direitos sociais **1**
 - ☐ 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas **2**
 - ☐ 9) Orientações e assistência em saúde sexual e reprodutiva **1**
 - ☐ 10) Registro das ações domiciliares em prontuário **1**
 - ☐ 11) Atenção à família em caso de óbito **2**
 - ☐ 12) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, entre outros) **2**
 - ☐ 13) Não realizamos cuidados no domicílio **0**
 - ☐ **06 alternativas 1**
 - ☐ **06 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 18**
 - ☐ $\geq 75\%$ (13,5) = 2
 - ☐ $< 75\%$ (13,5) e $> 25\%$ (4,5) = 1
-
- ☐ $\leq 25\%$ (4,5) = 0
-

92. Na Atenção à Saúde Mental a Unidade Básica de Saúde conta com o apoio Municipal ou Regional dos seguintes grupos, serviços e instituições: **DESCRITIVA**

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 Residenciais Terapêuticos
- ☐ 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: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação do padrão de consumo **1**
- ☐ 2) Investigação do uso de outras drogas **1**
- ☐ 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade **2**
- ☐ 4) Intervenção Breve **2**
- ☐ 5) Grupos de apoio ao usuário **2**
- ☐ 6) Grupos de apoio aos familiares **2**
- ☐ 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência **2**
- ☐ 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde **2**
- ☐ 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo **1**
- ☐ 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, AA, outros) **1**
- ☐ 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe **0**
- ☐ 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda **0**
- ☐ **04 alternativas 1**
- ☐ **06 alternativas 2**
- ☐ **02 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 16**
- ☐ **≥ 75% (12) = 2**
- ☐ **< 75% (12) e > 25% (4) = 1**
- ☐ **≤ 25% (4) = 0**

94. As ações realizadas em casos uso abusivo de outras drogas são: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Avaliação do padrão de consumo **1**

- ☐ 2) Investigação do uso de álcool **1**
 - ☐ 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade **2**
 - ☐ 4) Intervenção Breve **2**
 - ☐ 5) Grupos de apoio ao usuário **2**
 - ☐ 6) Grupos de apoio aos familiares **2**
 - ☐ 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência **2**
 - ☐ 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde **2**
 - ☐ 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas **1**
 - ☐ 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, NA, outros) **1**
 - ☐ 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe **0**
 - ☐ 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda **0**
 - ☐ **04 alternativas 1**
 - ☐ **06 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 16**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (12) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (12) e $> 25\%$ (4) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (4) = 0**
-

95. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares **2**
 - ☐ 2) Visita domiciliar periódica para avaliação clínica **1**
 - ☐ 3) Visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social **1**
 - ☐ 4) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos **2**
 - ☐ 5) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico **2**
 - ☐ 6) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade **1**
 - ☐ 7) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço **0**
 - ☐ 8) Não realizamos atendimento dessa população específica **0**
 - ☐ **03 alternativas 1**
 - ☐ **03 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 9**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (6,75) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (2,25) = 0**
-

96. O controle do uso continuado (crônico) de benzodiazepínicos é realizado por: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Exclusivamente a critério médico, em cada consulta **1**
- ☐ 2) Pelo médico que reavalia os casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado **2**
- ☐ 3) Registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia **1**
- ☐ 4) Revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento **2**
- ☐ 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos **0**
 - ☐ **02 alternativas 1**
 - ☐ **02 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 6**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (4,5) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (4,5) e $> 25\%$ (1,5) = 1**
 - ☐ **$\leq 25\%$ (1,5) = 0**

97. As ações regularmente programadas voltadas à **saúde do homem** nesta unidade abordam os seguintes temas, agravos ou problemas de saúde: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Saúde do trabalhador **1**
- ☐ 2) Prevenção de DST/ aids **1**
- ☐ 3) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais **1**
- ☐ 4) Paternidade e relações familiares **1**
- ☐ 5) Acesso a métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência) **1**
- ☐ 6) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas **1**
- ☐ 7) Vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência **1**
- ☐ 8) Prevenção e rastreamento de câncer de próstata e outras neoplasias **1**
- ☐ 9) Cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina **1**
- ☐ 10) Prevenção e educação sobre impotência (diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, quedas de testosterona, acidentados, entre outros) **1**
- ☐ 11) Atenção e orientações sobre andropausa **1**
- ☐ 12) Atenção à saúde mental **1**
- ☐ 13) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens **0**

- ☐ 12 alternativas 1
 - ☐ 00 alternativas 2
 - ☐ 01 alternativa 0
 - ☐
 - ☐ Pontuação = 12
 - ☐ $\geq 75\%$ (9) = 2
 - ☐ $< 75\%$ (9) e $> 25\%$ (3) = 1
-
- ☐ $\leq 25\%$ (3) = 0
-

III. 2. 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: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente 2
 - ☐ 2) Preenchimento da ficha de notificação compulsória 1
 - ☐ 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na unidade 1
 - ☐ 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade 2
 - ☐ 5) Ações de educação e prevenção na comunidade 2
 - ☐ 6) Outro 1 Qual _____
 - ☐ 7) Não realiza nenhuma atividade 0
 - ☐ 03 alternativas 1
 - ☐ 03 alternativas 2
 - ☐ 01 alternativa 0
 - ☐
 - ☐ Pontuação = 9
 - ☐ $\geq 75\%$ (6,75) = 2
 - ☐ $< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1
-
- ☐ $\leq 25\%$ (2,25) = 0
-

99. As ações realizadas em caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis (DST) são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha) 1
- ☐ 2) Tratamento sintomático 1
- ☐ 3) Aconselhamento pré teste 1

- ☐ 4) Teste rápido para HIV **2**
- ☐ 5) Teste rápido para Hepatites virais **2**
- ☐ 6) Teste rápido para Sífilis **2**
- ☐ 7) Coleta de sorologia para HIV e sífilis **1**
- ☐ 8) Coleta de sorologia para hepatites virais **1**
- ☐ 9) Investigação etiológica e tratamento na unidade **2**
- ☐ 10) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento **2**
- ☐ 11) Encaminhamento para serviço de referência **0**
- ☐ 12) A Unidade não atende DST/AIDS **0**
- ☐
- ☐ **05 alternativas 1**
- ☐ **05 alternativas 2**
- ☐ **03 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 15**
- ☐ **$\geq 75\% (11,25) = 2$**
- ☐ **$< 75\% (11,25) \text{ e } > 25\% (3,75) = 1$**
- ☐ **$\leq 25\% (3,75) = 0$**

100. Em caso de resultado **POSITIVO** de sorologia para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis, a Unidade realiza: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Notificação e arquivamento dos resultados no prontuário enquanto aguarda comparecimento do paciente **0**
- ☐ 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 **1**
- ☐ 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 **2**
- ☐ 4) Encaminha para unidade de referência **0**
- ☐ 5) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites **0**
- ☐ **01 alternativas 1**
- ☐ **01 alternativas 2**
- ☐ **03 alternativa 0**

101. Em caso de resultado **NEGATIVO** para as sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C a Unidade realiza: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição, caso ele tenha interesse em saber **0**
- ☐ 2) Aconselhamento pós-teste com explicação do resultado, orientação sobre prevenção e sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo) **2**

- ☐ 3) Informação do resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email) **1**
- ☐ 4) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites **0**
 - ☐ **01 alternativas 1**
 - ☐ **02 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**

102. Com relação à atenção aos casos de tuberculose a Unidade realiza: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios **2**
- ☐ 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina) **2**
- ☐ 3) Ações educativas **1**
- ☐ 4) Pesquisa de HIV **1**
- ☐ 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares **2**
- ☐ 6) Busca ativa de faltosos em tratamento **2**
- ☐ 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose **1**
- ☐ 8) Tratamento supervisionado na unidade **1**
- ☐ 9) Tratamento supervisionado no domicílio **2**
- ☐ 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose **0**
- ☐ 11) Notificação epidemiológica **1**
- ☐ 12) Não realizamos ações voltadas para Tuberculose **0**
 - ☐ **05 alternativas 1**
 - ☐ **05 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 15**
 - ☐ **$\geq 75\% (11,25) = 2$**
 - ☐ **$< 75\% (11,25)$ e $> 25\% (3,75) = 1$**
 - ☐ **$\leq 25\% (3,75) = 0$**

103. Com relação à atenção aos casos de **Hanseníase** a Unidade realiza: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Diagnóstico de casos novos **2**
- ☐ 2) Acompanhamento de casos **2**
- ☐ 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência **0**
- ☐ 4) Ações educativas na família e na comunidade **1**
- ☐ 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares **2**
- ☐ 6) Busca ativa de faltosos em tratamento **2**
- ☐ 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase **1**

- ☐ 8) Tratamento supervisionado na unidade **1**
 - ☐ 9) Tratamento supervisionado no domicílio **2**
 - ☐ 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento **1**
 - ☐ 11) Notificação epidemiológica **1**
 - ☐ 12) Não realizamos ações voltadas para Hanseníase **0**
 - ☐ **05 alternativas 1**
 - ☐ **05 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 15**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (11,25) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (11,25) e $> 25\%$ (3,75) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (3,75) = 0**
-

104. Na atenção a pessoas com **deficiências – PCD** (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais), são desenvolvidas as seguintes ações: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção **1**
 - ☐ 2) Orientação para os cuidadores **2**
 - ☐ 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional **2**
 - ☐ 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a) **1**
 - ☐ 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras) **1**
 - ☐ 6) Orientações quanto aos direitos sociais **1**
 - ☐ 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas **2**
 - ☐ 8) Ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva **2**
 - ☐ 9) Vigilância e atenção em casos de violência **2**
 - ☐ 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na unidade **1**
 - ☐ 11) Não realizamos atenção a portadores de necessidades especiais **0**
 - ☐ **05 alternativas 1**
 - ☐ **05 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 15**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (11,25) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (11,25) e $> 25\%$ (3,75) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (3,75) = 0**
-

105. As ações realizadas pela Unidade para atenção à Saúde do Trabalhador são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Assistência ao trabalhador **1**
 - ☐ 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas **2**
 - ☐ 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) **2**
 - ☐ 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento **1**
 - ☐ 5) Notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho **1**
 - ☐ 6) Encaminhamento para serviços de referência **1**
 - ☐ 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador **2**
 - ☐ 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho **2**
 - ☐ 9) Orientações quanto aos direitos sociais **1**
 - ☐ 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela **2**
 - ☐ 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador **0**
 - ☐ **05 alternativas 1**
 - ☐ **05 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 15**
 - ☐ **$\geq 75\% (11,25) = 2$**
 - ☐ **$< 75\% (11,25)$ e $> 25\% (3,75) = 1$**
-
- ☐ **$\leq 25\% (3,75) = 0$**
-

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:
PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido **0**
- ☐ 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos **1**
- ☐ 3) Coleta de sorologia para HIV do profissional acidentado **1**
- ☐ 4) Coleta de sorologia para hepatite B do profissional acidentado **1**
- ☐ 5) Coleta de sorologia para hepatite C do profissional acidentado **1**
- ☐ 6) Teste rápido para HIV do profissional acidentado **2**
- ☐ 7) Teste rápido para hepatite B do profissional acidentado **2**
- ☐ 8) Teste rápido para hepatite C profissional acidentado **2**
- ☐ 9) Coleta de sorologia para HIV do paciente fonte **1**
- ☐ 10) Coleta de sorologia para hepatite B do paciente fonte **1**
- ☐ 11) Coleta de sorologia para hepatite C do paciente fonte **1**
- ☐ 12) Teste rápido para HIV do paciente fonte **2**
- ☐ 13) Teste rápido para hepatite B paciente fonte **2**
- ☐ 14) Teste rápido para hepatite C paciente fonte **2**
- ☐ 15) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado) **1**

- ☐ 16) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT **2**
 - ☐ 17) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (Sinan) **2**
 - ☐ 18) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras) **2**
 - ☐ 19) Encaminhamento para serviço de referência **1**
 - ☐ 20) Nenhuma das condutas anteriores **0**
 - ☐ **09 alternativas 1**
 - ☐ **09 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 27**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (20,25) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (20,25) e $> 25\%$ (6,75) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (6,75) = 0**
-

III. 8. Saúde Bucal

107. O público alvo do atendimento odontológico é: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Gestantes **2**
 - ☐ 2) Bebês **1**
 - ☐ 3) Todas as crianças com até 6 anos **1**
 - ☐ 4) Crianças em idade escolar **2**
 - ☐ 5) Idosos (> 60 anos) **2**
 - ☐ 6) Pronto atendimento para queixas agudas **1**
 - ☐ 7) Pacientes acamados **1**
 - ☐ 8) Todos os pacientes atendidos na Unidade **2**
 - ☐ 9) Outros **0** Quais: _____
 - ☐ 10) Não temos equipe de saúde bucal na unidade **0**
 - ☐ **04 alternativas 1**
 - ☐ **04 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 12**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (9) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (9) e $> 25\%$ (3) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (3) = 0**
-

108. As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Atendimento clínico individual para queixas agudas **0**

- ☐ 2) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo **2**
 - ☐ 3) Educação em saúde bucal dentro da Unidade **1**
 - ☐ 4) Educação em saúde bucal em escolas **2**
 - ☐ 5) Educação em saúde bucal em creches **2**
 - ☐ 6) Outras atividades de educação em saúde bucal fora da Unidade **1**
 - ☐ 7) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca **1**
 - ☐ 8) A Unidade não possui equipe de saúde bucal **0**
 - ☐ **03 alternativas 1**
 - ☐ **03 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 9**
 - ☐ $\geq 75\% (6,75) = 2$
 - ☐ $< 75\% (6,75) \text{ e } > 25\% (2,25) = 1$
-
- ☐ $\leq 25\% (2,25) = 0$
-

109. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de saúde bucal da Unidade são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Drenagem de abscesso **1**
- ☐ 2) Sutura **1**
- ☐ 3) Extração de dente **1**
- ☐ 4) Frenectomia **1**
- ☐ 5) Remoção de cistos **1**
- ☐ 6) Acesso à polpa dentária **1**
- ☐ 7) Tratamento endodôntico (tratamento de canal) **1**
- ☐ 8) Aplicação tópica de flúor **1**
- ☐ 9) Restauração de amálgama **1**
- ☐ 10) Restauração com resina composta **1**
- ☐ 11) Pulpotomia **1**
- ☐ 12) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais **1**
- ☐ 13) Tratamento de alveolite **1**
- ☐ 14) Ulotomia/Ulectomia **1**
- ☐ 15) Cimentação de prótese **1**
- ☐ 16) Outro **0** Qual: _____
- ☐ 17) A Unidade não possui equipe de saúde bucal **0**
 - ☐ **15 alternativas 1**
 - ☐ **00 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 15**

- ☐ $\geq 75\%$ (11,25) = 2
- ☐ $< 75\%$ (11,25) e $> 25\%$ (3,75) = 1
- ☐ $\leq 25\%$ (3,75) = 0

IV PERFIL DE ATIVIDADES

110. As atividades de rotina realizadas pelo dentista são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados) **2**
- ☐ 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados) **1**
- ☐ 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de saúde bucal **2**
- ☐ 4) Consulta de seguimento programático (gestantes, crianças, entre outros) **1**
- ☐ 5) Atendimento de urgências **1**
- ☐ 6) Atendimento de livre demanda **1**
- ☐ 7) Pequenas cirurgias ambulatoriais **2**
- ☐ 8) Gerenciamento dos insumos de saúde bucal **1**
- ☐ 9) Visita domiciliar **2**
- ☐ 10) Participação nas reuniões de equipe **2**
- ☐ 11) Coleta de material para biópsia **1**
- ☐ 12) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade **2**
- ☐ 13) Participação em outros grupos programáticos (gestante, outros) **2**
- ☐ 14) Ações de educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros **1**
- ☐ 15) Atestado para afastamento do trabalho de até 15 dias **1**
- ☐ 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional **2**
- ☐ 17) Supervisão do técnico/auxiliar de saúde bucal **1**
- ☐ 18) Atividades de educação permanente da equipe da unidade **2**
- ☐ 19) Atividades de educação permanente da equipe de saúde bucal **2**
- ☐ 20) Uso de ficha específica de atendimento **1**
- ☐ 21) Registro de atendimentos em prontuário **1**
- ☐ 22) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta **2**
- ☐ 23) Encaminhamento para serviços de referência **1**
- ☐ 24) Participação no Conselho de Unidade de Saúde **2**
- ☐ 25) Outros **0** Quais _____
- ☐ 26) Esse serviço não dispõe desse profissional **0**
 - ☐ **12 alternativas 1**
 - ☐ **12 alternativas 2**
 - ☐ **2 alternativa 0**
 - ☐

-
- ☐ **Pontuação = 36**
- ☐ **$\geq 75\%$ (27) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (27) e $> 25\%$ (9) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (9) = 0**
-
- ☐
-

111. As atividades realizadas pelo auxiliar/técnico de saúde bucal são: PONTUADA
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão **2**
- ☐ 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão **1**
- ☐ 3) Manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e do consultório **1**
- ☐ 4) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade **2**
- ☐ 5) Educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros **2**
- ☐ 6) Participação nas reuniões de equipe **1**
- ☐ 7) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente **2**
- ☐ 8) Auxílio e instrumentalização do cirurgião dentista em intervenções clínicas **0**
- ☐ 9) Descarte de produtos e resíduos odontológicos (biossegurança) **1**
- ☐ 10) Esse serviço não dispõe desse profissional **0**
- ☐ **04 alternativas 1**
- ☐ **04 alternativas 2**
- ☐ **02 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 12**
- ☐ **$\geq 75\%$ (9) = 2**
- ☐ **$< 75\%$ (9) e $> 25\%$ (3) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (3) = 0**
-

112. As atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro são: PONTUADA
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados) **1**
- ☐ 2) Consulta de enfermagem de casos “extras” (não agendados) **2**
- ☐ 3) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, DST e outros) **1**
- ☐ 4) Orientações gerais para gestantes, hipertensos/diabéticos, entre outros **0**
- ☐ 5) Prescrição de medicamentos para condições com protocolo pré estabelecido **2**
- ☐ 6) Orientação para o uso correto de medicamentos **0**
- ☐ 7) Coleta de citologia oncótica **1**
- ☐ 8) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem **2**

- ☐ 9) Aconselhamento em DST/Aids **1**
- ☐ 10) Grupos educativos/assistências **2**
- ☐ 11) Visita domiciliar **2**
- ☐ 12) Atendimento de urgência e emergência **1**
- ☐ 13) Notificação epidemiológica **1**
- ☐ 14) Gerenciamento da unidade **1**
- ☐ 15) Supervisão da equipe de enfermagem/agentes comunitários **1**
- ☐ 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional **2**
- ☐ 17) Participação das reuniões de equipe multiprofissional **1**
- ☐ 18) Avaliação dos faltosos em consulta **2**
- ☐ 19) Atividades de educação permanente da equipe **2**
- ☐ 20) Registro de seus atendimentos em prontuário **0**
- ☐ 21) Participação no Conselho de Unidade de Saúde **2**
- ☐ 22) Outros **0** Quais _____
- ☐ 23) Esse serviço não dispõe desse profissional **0**
- ☐ **09 alternativas 1**
- ☐ **09 alternativas 2**
- ☐ **04 alternativa 0**
- ☐

-
- ☐ **Pontuação = 27**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (20,25) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (20,25) e $> 25\%$ (6,75) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (6,75) = 0**
-

113. As atividades de rotina realizada pelo **auxiliar/técnico de enfermagem** são:
PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão **2**
- ☐ 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão **0**
- ☐ 3) Aplicação de vacina **1**
- ☐ 4) Orientação e acompanhamento do cartão de vacina **1**
- ☐ 5) Aplicação de medicamentos **1**
- ☐ 6) Curativos **1**
- ☐ 7) Agendamento de consultas na Unidade **0**
- ☐ 8) Aferição de peso, altura, temperatura, pressão arterial **0**
- ☐ 9) Coleta de sangue para exames laboratoriais **1**
- ☐ 10) Verificação de queixas agudas que exijam atendimento prioritário **1**
- ☐ 11) Agendamento de exames e consultas **1**
- ☐ 12) Orientação sobre o uso de preservativos **2**

-
- ☐ 13) Orientação para coleta de exames **1**
 - ☐ 14) Orientação sobre prevenção de câncer de mamas **2**
 - ☐ 15) Orientação sobre o uso da medicação **1**
 - ☐ 16) Orientações nutricionais e dietéticas **2**
 - ☐ 17) Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento **2**
 - ☐ 18) Grupos educativos/assistenciais **2**
 - ☐ 19) Visita domiciliar **2**
 - ☐ 20) Procedimentos para pacientes acamados **2**
 - ☐ 21) Convocação de faltosos **2**
 - ☐ 22) Outros **0** Quais _____
 - ☐ 23) Esse serviço não dispõe desse profissional **0**
 - ☐ **09 alternativas 1**
 - ☐ **09 alternativas 2**
 - ☐ **02 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 27**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (20,25) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (20,25) e $> 25\%$ (6,75) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (6,75) = 0**
-

114. As atividades de rotina realizadas pelo **agente comunitário de saúde** são: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Cadastramento das famílias da área de abrangência **1**
- ☐ 2) Atividades de educação em saúde **2**
- ☐ 3) Visita Domiciliar **1**
- ☐ 4) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros **1**
- ☐ 5) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita **2**
- ☐ 6) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase **2**
- ☐ 7) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social **2**
- ☐ 8) Identificação de casos de violência intradomiciliar **2**
- ☐ 9) Entrega de fichas de encaminhamento **0**
- ☐ 10) Agendamento de consultas na Unidade **0**
- ☐ 11) Captação de gestantes para inscrição no pré-natal **2**
- ☐ 12) Captação de crianças menores de um ano **1**
- ☐ 13) Busca ativa para vacinação **1**
- ☐ 14) Busca ativa de hipertensos e diabéticos **1**
- ☐ 15) Captação para a prevenção de câncer ginecológico **1**
- ☐ 16) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase **2**
- ☐ 17) Identificação e orientação de usuários acamados **1**
- ☐ 18) Participação no Conselho de Unidade de Saúde **2**
- ☐ 19) Outros **0** Quais _____

☐ 20) Esse serviço não dispõe desse profissional **0**

☐ **08 alternativas 1**

☐ **08 alternativas 2**

☐ **04 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 24**

☐ **$\geq 75\%$ (18) = 2**

☐ **$< 75\%$ (18) e $> 25\%$ (6) = 1**

☐ **$\leq 25\%$ (6) = 0**

115. As atividades de rotina realizadas pelo(s) médico(s) são: PONTUADA
Assinale uma ou mais alternativas

☐ 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados) **1**

☐ 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados) **1**

☐ 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem **1**

☐ 4) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, entre outros) **1**

☐ 5) Atendimento e estabilização de casos de urgência/ emergência **1**

☐ 6) Aconselhamento em DST/Aids **2**

☐ 7) Grupos educativos/assistenciais **2**

☐ 8) Visita domiciliar **2**

☐ 9) Pequenos procedimentos cirúrgicos (suturas, drenagem de abscesso, remoção de corpo estranho e outros) **1**

☐ 10) Notificação epidemiológica **1**

☐ 11) Atestado médico para afastamento do trabalho de até 15 dias **1**

☐ 12) Participação nas reuniões de equipe **2**

☐ 13) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional **2**

☐ 14) Atividades de educação permanente da equipe **2**

☐ 15) Registro de atendimento em prontuário **0**

☐ 16) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta **2**

☐ 17) Participação no Conselho de Unidade de Saúde **2**

☐ 18) Outros **0** Quais _____

☐ 19) Esse serviço não dispõe desse profissional **0**

☐ **08 alternativas 1**

☐ **08 alternativas 2**

☐ **03 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 24**

☐ **$\geq 75\%$ (18) = 2**

☐ **$< 75\%$ (18) e $> 25\%$ (6) = 1**

☐ $\leq 25\%$ (6) = 0

V. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO GERENCIAL

116. A gerência local da Unidade é exercida por: **DESCRITIVA**

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: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) 40 horas semanais **2**
- ☐ 2) 30 horas semanais **1**
- ☐ 3) 20 horas semanais **0**
- ☐ 4) Outra **0** Qual: _____
- ☐ 5) Essa Unidade não tem gerente **0**

118. O relacionamento **predominante** da Unidade com o nível central (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas **1**
- ☐ 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada **2**
- ☐ 3) Visita eventual de supervisão **0**
- ☐ 4) Comunicações escritas ou por internet **0**
- ☐ 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central **0**

119. Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Semanal **2**
- ☐ 2) Quinzenal **1**
- ☐ 3) Mensal **0**
- ☐ 4) Bimestral ou intervalos maiores **0**

- ☐ 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso **0**
- ☐ 6) Não ocorreram reuniões **0**

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Informes **0**
 - ☐ 2) Rotinas da Unidade **1**
 - ☐ 3) Escala de pessoal **0**
 - ☐ 4) Organização do trabalho: avaliação, implantação de novas ações **2**
 - ☐ 5) Atualizações técnicas **2**
 - ☐ 6) Conflitos interpessoais **1**
 - ☐ 7) Discussão de casos **2**
 - ☐ 8) Planejamento de ações **2**
 - ☐ 9) Outros **0** Qual: _____
 - ☐ 10) Não ocorreram reuniões **0**
 - ☐ **02 alternativas 1**
 - ☐ **04 alternativas 2 ATENÇÃO**
 - ☐ **03 alternativa 0**
 - ☐
 - ☐ **Pontuação = 10**
 - ☐ **$\geq 75\%$ (7,5) = 2**
 - ☐ **$< 75\%$ (7,5) e $> 25\%$ (2,5) = 1**
-
- ☐ **$\leq 25\%$ (2,5) = 0**
-
- ☐

121. Os profissionais que participaram de treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano, foram: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Médicos **1**
 - ☐ 2) Enfermeiros **1**
 - ☐ 3) Dentistas **1**
 - ☐ 4) Auxiliares/ Técnico de Enfermagem **1**
 - ☐ 5) Auxiliares/Técnico de Higiene Dental **1**
 - ☐ 6) Agentes Comunitários **1**
 - ☐ 7) Pessoal Administrativo **1**
 - ☐ 8) Outros profissionais **1** Quais: _____
 - ☐ 9) Nenhuma Categoria **0**
 - ☐ **08 alternativas 1**
 - ☐ **00 alternativas 2**
 - ☐ **01 alternativa 0**
-

Pontuação = 8

-
- ☐ $\geq 75\%$ (6) = 2
- ☐ $< 75\%$ (6) e $> 25\%$ (2) = 1
-
- ☐ $\leq 25\%$ (2) = 0
-

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:

PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea **1**
- ☐ 2) Saúde da Mulher **1**
- ☐ 3) DST e Aids **1**
- ☐ 4) Saúde da Criança **1**
- ☐ 5) Saúde do Homem **1**
- ☐ 6) Saúde do Idoso **1**
- ☐ 7) Saúde Mental **1**
- ☐ 8) Violência (Doméstica, sexual, outras) **1**
- ☐ 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas **1**
- ☐ 10) Outros **1** Quais: _____
- ☐ 11) Não realizou atividades **0**
- ☐ **10 alternativas 1**
- ☐ **00 alternativas 2**
- ☐ **01 alternativa 0**
- ☐
- ☐ **Pontuação = 10**
- ☐ $\geq 75\%$ (7,5) = 2
- ☐ $< 75\%$ (7,5) e $> 25\%$ (2,5) = 1
-
- ☐ $\leq 25\%$ (2,5) = 0
-

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

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) O conselho atual não se reúne **0**
- ☐ 2) Problemas relativos ao atendimento **1**
- ☐ 3) Diagnóstico e priorização dos problemas do território **2**
- ☐ 4) Planejamento de atividades educativas na comunidade **2**
- ☐ 5) Os direitos e responsabilidades dos conselheiros **1**
- ☐ 6) Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde **1**
- ☐ 7) A Conferência Municipal de Saúde **2**
- ☐ 8) Preocupações com acesso e direitos diferenciados dos conselheiros **0**

- ☐ 9) Não existe conselho de saúde na Unidade **0**

☐ **03 alternativas 1**

☐ **03 alternativas 2**

☐ **03 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 9**

☐ **$\geq 75\%$ (6,75) = 2**

☐ **$< 75\%$ (6,75) e $> 25\%$ (2,25) = 1**

☐ **$\leq 25\%$ (2,25) = 0**

124. As reclamações de usuários podem ser encaminhadas por meio de: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações **1**

- ☐ 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões **2**

- ☐ 3) Site da internet **1**

- ☐ 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde **2**

- ☐ 5) Diretamente à direção local da Unidade **2**

- ☐ 6) Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho de gestão local) **2**

- ☐ 7) Conselho Municipal de Saúde **1**

- ☐ 8) Diretamente com o nível central **1**

- ☐ 9) Outros **0** Qual_____

- ☐ 10) Não há canais formais de reclamação **0**

☐ **04 alternativas 1**

☐ **04 alternativas 2**

☐ **02 alternativa 0**

☐

☐ **Pontuação = 12**

☐ **$\geq 75\%$ (9) = 2**

☐ **$< 75\%$ (9) e $> 25\%$ (3) = 1**

☐ **$\leq 25\%$ (3) = 0**

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

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 prefeito ou secretário
 - ☐ 21) Outros
 - ☐ 22) Não existem obstáculos importantes

126. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is): **DESCRITIVA**
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 2. Quadros de Indicadores

Quadro 3 – Relação de indicadores do Domínio Prevenção da violência interpessoal

Dimensão: Atenção ao Enfrentamento da Violência Interpessoal	
Domínio: Prevenção da Violência Interpessoal	
Subdomínio: Promoção de saúde e garantia de direitos que reduzem riscos e vulnerabilidades	
Nº da questão	Indicador
24.2	Educação em saúde extra-muros que abordam a prevenção de DST e aids
24.7	Educação em saúde extra-muros que abordam a promoção do envelhecimento saudável
24.8	Educação em saúde extra-muros que abordam a saúde do homem
24.14	Educação em saúde extra-muros que abordam a prevenção de acidentes e doenças do trabalho
25.3	Rodas de conversa extra-muros com temas definidos pela comunidade
25.5	Atividades periódicas extra-muros sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
25.6	Atividades extra-muros articuladas com outras secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outras)
29.3	Educação em saúde com gestantes regularmente desenvolvidas por meio de grupos periódicos
29.4	Educação em saúde com gestantes desenvolvidas regularmente por meio de grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
30.8	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outras) que abordem a prevenção de acidentes domésticos
30.17	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outras) que abordam a sexualidade e educação sexual
31.1	Atividades em instituições para adolescentes que abordam o desenvolvimento e as mudanças na adolescência
31.2	Atividades em instituições para adolescentes que abordam a sexualidade e a prevenção de DSTs e aids
31.11	Atividades em instituições para adolescentes que abordam a inserção no mercado de trabalho
32.2	Ações programadas de prevenção DST/aids para grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo e outros
32.3	Ações programadas de prevenção DST/aids realizadas pela Unidade para escolares de nível fundamental
32.4	Ações programadas de prevenção DST/aids para adolescentes em geral
32.5	Ações programadas de prevenção DST/aids para jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social
32.6	Ações programadas de prevenção DST/aids realizadas pela Unidade para pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
32.7	Ações programadas de prevenção DST/aids para comunidades rurais, indígenas ou quilombolas
32.8	Ações programadas de prevenção DST/aids realizadas em instituições na comunidade como centros de convivência
41.1	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de pílula (anticoncepcional oral)
41.2	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de anticoncepcional injetável

41.3	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de camisinha (preservativo masculino)
41.4	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de preservativo feminino
41.5	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de DIU
41.7	Disponibilidade regular nos últimos 6 meses de Pílula do dia seguinte
42.2	Dispensação de preservativos por meio de exposição em local de fácil acesso para a população em geral
49.3	Ações regularmente desenvolvidas voltadas à saúde da mulher que abordam a prevenção e controle das DST e aids
49.4	Ações regularmente desenvolvidas voltadas à saúde da mulher que abordam o planejamento reprodutivo
58.2	Média de consultas por pré-natal de baixo risco de 8 consultas ou mais
58.3	Média de consultas por pré-natal de baixo risco entre 6 e 7 consultas
60.3	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que abordam os riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
60.5	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que abordam a avaliação das condições de trabalho
60.11	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que envolvam a identificação das gestantes de alto risco
60.14	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que abordam a realização de grupos educativos para gestantes adolescentes
61.4	No caso de gestação de alto risco, a gestante é encaminhada para serviços de referência e mantém acompanhamento na unidade
62.1	Nos casos de gestantes com diagnóstico de Sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é realizado na unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
63.3	Nos casos de gestantes com HIV positivo, realização do pré-natal em serviços de referência mantendo-se simultaneamente acompanhamento na unidade
65.1	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato (até 10 dias após o parto) na unidade que abordam a evolução da gestação (vivência, intercorrências, exames laboratoriais)
65.2	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato (até 10 dias após o parto) na unidade que abordam o histórico do parto (tipo, intercorrências, vivência, entre outros)
65.8	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato na Unidade que abordam as condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
65.10	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato na Unidade que abordam orientações sobre atividade sexual e contracepção
65.11	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato na Unidade que abordam orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
66.4	Ações regularmente desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) que abordam o aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
66.5	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério tardio que abordam orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
66.7	Ações regularmente desenvolvidas no puerpério tardio que abordam orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
70.4	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvem o encaminhamento para banco de leite ou para acesso a leite modificado quando há contraindicação para aleitamento materno (HIV, entre outros)
70.14	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que abordam a orientação para inscrição em Programas Sociais
70.16	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que abordam a orientação para prevenção de acidentes

70.17	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a orientação sobre sexualidade e educação sexual
74.1	Atividades de rotina realizadas com Adolescentes, na Unidade, que abordam o acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
74.2	Atividade de rotina realizadas com adolescentes, na Unidade, que abordam orientações sobre sexualidade e prevenção DST / aids
74.3	Atividades de rotina realizadas com adolescentes, na Unidade, que abordam o planejamento reprodutivo
74.4	Atividades de rotina realizadas com Adolescentes, na Unidade, que abordam o atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
78.15	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que abordam a saúde do trabalhador
78.19	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que abordam a testagem e aconselhamento de DST, aids e hepatites virais
86.4	Ações regularmente programadas para a atenção aos idosos que abordam a prevenção de quedas
86.7	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a prática corporal e atividades físicas
86.8	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a sexualidade e DST/aids
86.11	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam os direitos da pessoa idosa
90.6	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que abordam grupo de apoio aos cuidadores
91.1	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que abordam o diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
91.7	Ações realizadas no domicílio ou instituições para o cuidado de pessoas acamadas que abordam orientações quanto aos direitos sociais
91.9	Ações realizadas no domicílio ou instituições para o cuidado de pessoas acamadas que abordam orientações e assistência em saúde sexual e reprodutiva
91.12	Ações realizadas no domicílio ou instituições para o cuidado de pessoas acamadas que abordam a discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, entre outros)
93.8	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam a discussão de caso com equipes de apoio e/ou serviços da rede de saúde
95.4	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
95.5	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
97.1	Ações regularmente programadas voltadas a saúde do homem que abordam a saúde do trabalhador
97.2	Ações regularmente programadas voltadas a saúde do homem que abordam a prevenção DST/aids
97.5	Ações regularmente programadas voltadas a saúde do homem que abordam o acesso a métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
100.3	Notificação e convocação para orientação sobre os diagnósticos, alternativas de tratamento e cuidados com parceiros (as); acompanhamento e encaminhamento para serviços especializados, quando indicado, em caso de resultado positivo de sorologia para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis
101.2	Aconselhamento pós-teste com explicação do resultado, orientação sobre prevenção e sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo), em caso de resultado negativo para as sorologias para HIV, Sífilis e Hepatites B e C

104.5	Ações na atenção a pessoas com deficiência (PCD) (limitações físicas e/ou psicossociais) desenvolvidas que abordam a articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
104.6	Ações na atenção a pessoas com deficiência (PCD) (limitações físicas e/ou psicossociais) desenvolvidas que abordam orientações quanto aos direitos sociais
104.8	Ações na atenção a pessoas com deficiência (PCD) (limitações físicas e/ou psicossociais) desenvolvidas que abordam ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva
105.8	Ações realizadas para atenção à saúde do trabalhador que envolvem orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho
105.9	Ações realizadas para atenção à saúde do trabalhador que envolvem orientações quanto aos direitos sociais
114.2	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolve atividades de educação em saúde
114.11	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a captação de gestantes para inscrição no pré-natal
114.12	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a captação de crianças menores de um ano
114.17	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a identificação e orientação de usuários acamados
Subdomínio: Prevenção a violência interpessoal	
24.15	Educação em saúde extra-muros que abordam a violência (doméstica, sexual, maus tratos a infância e idosos, entre outras)
24.16	Educação em saúde extra-muros que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas
26.18	Educação em saúde na Unidade que abordam a violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outras)
26.19	Educação em saúde na Unidade que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas
30.13	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam a exclusão social e discriminação
30.14	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam o bullying
30.15	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam a prevenção da violência
30.16	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam orientações contra o trabalho infantil
30.18	Atividades em instituições para crianças (creches, escolas, entre outros) que abordam a prostituição infantil
31.3	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam o uso de álcool e outras drogas
31.4	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a agressividade e o conflito com a lei
31.5	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a exclusão social e discriminação
31.6	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam o bullying
31.7	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a violência doméstica e sexual
31.8	Atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) que abordam a prostituição na adolescência
31.10	Atividades em instituições para adolescentes que abordam a saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outras)
74.5	Atividades de rotina com adolescentes, na Unidade, que envolvam orientações quanto ao uso de álcool e drogas

78.8	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que envolvam a dependência de álcool e outras drogas
78.9	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que envolvam a saúde mental (depressão, crise de ansiedade-pânico, entre outros)
78.14	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto que envolvam a violência doméstica
86.1	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a avaliação cognitiva (demências)
86.2	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam quadros depressivos na velhice
86.3	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a avaliação funcional (atividades de vida diária e atividades instrumentais)
86.12	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a violência contra a pessoa idosa
86.13	Ações regularmente programadas para atenção aos idosos que abordam a investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
90.3	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam o suporte informativo aos cuidadores
91.8	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que abordam a prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
93.1	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam a avaliação dos padrões de consumo de álcool em casos de dependência
93.2	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam a investigação do uso de outras drogas em casos de dependência de álcool
93.4	Ações realizadas em casos de dependência de álcool que envolvam intervenção breve
93.5	Ações realizadas em casos de dependência de álcool que envolvam grupos de apoio ao usuário
93.6	Ações realizadas em casos de dependência de álcool que envolvam grupos de apoio aos familiares
94.1	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam avaliação do padrão de consumo
94.2	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam a investigação do uso de álcool
94.4	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam intervenção breve
94.5	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam grupos de apoio aos usuários
94.6	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam grupos de apoio aos familiares
95.1	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam a orientação aos cuidadores e/ou familiares
97.3	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam as relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
97.4	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam a paternidade e relações familiares
97.6	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam o uso e a dependência de tabaco, álcool e outras drogas
97.7	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam vivências, práticas e/ou exposições a situações de violência
97.12	Ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem que abordam a atenção à saúde mental
104.2	Ações desenvolvidas na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) que envolvam a orientação para os cuidadores

104.7	Ações desenvolvidas na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) que envolvam a vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
104.9	Ações desenvolvidas na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) que envolvam a vigilância e atenção em casos de violência
Subdomínio: Investigação de risco e vulnerabilidade	
19.1	Utilização, pela gestão municipal e pela unidade, dos dados epidemiológicos da região para o planejamento das ações locais de saúde
39.1	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para gestantes
39.2	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para revisão pós-parto/puerpério
39.5	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para recém-nascidos
39.6	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para recém-nascidos de risco
39.7	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para crianças em seguimento a puericultura
39.8	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para crianças até dois anos
39.9	Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para crianças de risco (desnutrição e outros)
39.10	Convocação de faltosos para vacinação
55.3	A equipe pergunta à mulher se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
60.6	Ações regularmente desenvolvidas no atendimento de pré-natal que envolva a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais
65.6	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato que abordam as condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo)
65.7	Ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de puerpério imediato que abordam as condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
66.3	Ações regularmente desenvolvidas de puerpério tardio que abordam a avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
66.6	Ações regularmente desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) que abordam as condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
70.1	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a avaliação dos parâmetros de crescimento (peso, altura, entre outros)
70.8	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
70.11	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição e obesidade)
70.12	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam a vigilância do trabalho infantil
70.18	Atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças que envolvam o diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
74.6	Atividades de rotina na Unidade, com adolescentes, que envolvam a identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
74.9	Atividades de rotina na Unidade, com adolescentes, que envolvam a atenção à saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)

90.1	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a avaliação da funcionalidade familiar (dinâmica e estrutura)
90.2	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a investigação da rede de apoio social
90.4	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a avaliação de estresse do cuidador
93.7	Ações realizadas em casos de alcoolismo que abordem a avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência em casos de dependência de álcool
94.7	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que abordam a avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
95.3	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam visita domiciliar para a avaliação de vulnerabilidade social
99.9	Ações realizadas em caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis que envolvam a investigação etiológica e tratamento na unidade
114.7	Ações realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social

Quadro 4 – Relação dos indicadores do domínio Condições para Acolhimento

Domínio: Condições para Acolhimento	
Subdomínio: Acesso	
45.1	Atendimento a pacientes não agendados por meio de consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
45.2	Atendimento a pacientes não agendados por meio de atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
45.4	Atendimento a pacientes não agendados por meio de agendamento com outros profissionais da própria unidade
45.5	Atendimento a pacientes não agendados por meio de agendamento para atendimento em grupo
45.6	Atendimento para os pacientes não agendados ("extras" ou "demanda espontânea") com encaminhamento direto para pronto-socorro
45.7	Atendimento para os pacientes não agendados ("extras" ou "demanda espontânea") com encaminhamento para especialidades em outro serviço
45.8	Atendimento para os pacientes não agendados ("extras" ou "demanda espontânea") com encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
71.1	Atividades para a saúde da criança regularmente realizadas na unidade de saúde
71.2	Atividades para a saúde da criança regularmente realizada no domicílio
71.3	Atividades para a saúde da criança regularmente realizada em instituições para crianças (creche, escolas, entre outras)
71.4	Atividades para a saúde da criança regularmente realizadas em reuniões de bairro
71.5	Atividades para a saúde da criança regularmente realizadas em reuniões promovidas por Programas Sociais (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
75.1	Atividades para adolescentes realizadas regularmente na unidade de saúde
75.2	Atividades para adolescentes realizadas regularmente no domicílio
75.3	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em instituições que concentram adolescentes (escolas, ONG, entre outras)
75.4	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em reuniões de bairro
75.5	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em reuniões promovidas por Programas Sociais (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)

75.6	Atividades para adolescentes realizadas regularmente em espaços comunitários, como quadras
91.2	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que envolvam visitas periódicas com equipe de apoio
91.3	Ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições que envolvam visitas periódicas com médico (a)
93.3	Ações realizadas em casos de alcoolismo que envolvam orientações e acompanhamento na própria unidade
93.10	Em caso de alcoolismo encaminhamento para serviços especializados (CAPS-AD, AA e outros)
94.3	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que não o álcool que envolvam orientações e acompanhamento na própria unidade
94.8	Ações realizadas em caso de uso abusivo de outras drogas que envolvem discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
94.10	Ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas que envolvam o encaminhamento para serviços especializados (CAPS AD, NA, outros)
95.2	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que envolvam visita domiciliar periódica para avaliação clínica
95.6	Ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais que abordam encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade
104.3	Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional, na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais)
104.4	Visitas domiciliares periódicas com médico (a) e/ou enfermeiro (a), na atenção a pessoas com deficiência - PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais)
114.1	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolve o cadastramento das famílias da área de abrangência
114.3	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolve visita domiciliar
114.10	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam o agendamento de consultas na Unidade
Subdomínio: Capacitação e Educação Permanente	
121.1	Participação de médicos em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano
121.2	Participação de enfermeiros em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano
121.3	Participação de dentistas em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano
121.4	Participação de auxiliares / técnicos de enfermagem em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano
121.5	Participação de auxiliares / técnicos de higiene dental em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano
121.6	Participação de agentes comunitários de saúde em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano
121.7	Participação de pessoal administrativo em treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas, entre outros, no último ano
122.1	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram o acolhimento e a atenção à demanda espontânea
122.2	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde da mulher
122.3	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram as DST e aids

122.4	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde da criança
122.5	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde do homem
122.6	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde do idoso
122.7	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a saúde mental
122.8	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram a violência (doméstica, sexual, outras)
122.9	Estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano que abordaram o uso abusivo de álcool e outras drogas

Quadro 5 – Relação dos indicadores do domínio Atenção a Situações de Violência Interpessoal

Domínio: Atenção a Situações de Violência Interpessoal	
Subdomínio: Detecção de Situações de Violência	
68.1	Detecção de violência contra mulher por meio de protocolo de atendimento
68.2	Detecção de violência contra mulher por meio de identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
68.3	Detecção de violência contra mulher por meio de livre declaração da mulher
68.4	Detecção de violência contra mulher por meio de discussão de caso em equipe
68.5	Detecção de violência contra mulher por meio de sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
76.1	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de protocolo de atendimento
76.2	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
76.3	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
76.4	Detecção de violência contra criança e adolescentes pela livre declaração dos responsáveis
76.5	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de discussão de caso em equipe
76.6	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
76.7	Detecção de violência contra crianças e adolescentes por meio de visita domiciliar
88.1	Detecção de violência contra idosos por meio de protocolo de atendimento
88.2	Detecção de violência contra idosos por meio de identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
88.3	Detecção de violência contra idosos por meio de escuta de relatos de outros usuários e verificação de caso
88.4	Detecção da violência contra idoso pela livre declaração do idoso
88.5	Detecção de violência contra idosos por meio de discussão de caso em equipe
88.6	Detecção de violência contra idosos por meio de sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
88.7	Detecção de violência contra idosos por meio de visita domiciliar
114.8	Atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde que envolvam a identificação de casos de violência intradomiciliar
Subdomínio: Assistência a Situações de Violência	

49.5	Ações regularmente desenvolvidas voltadas à saúde da mulher que envolvem o diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
69.3	Notificação compulsória em casos de detecção de violência contra mulher
69.4	Acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade em casos de detecção de violência contra mulher
69.5	Acompanhamento em grupo em casos de detecção de violência contra mulher
69.6	Acompanhamento individual conforme protocolo em casos de detecção de violência contra mulher
69.8	Denúncia ao disque 180 em casos de detecção de violência contra mulher
70.19	Atividades para atenção às crianças planejadas e desenvolvidas com regularidade que envolvam a identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual
74.7	Atividades de rotina na Unidade, com adolescentes, que envolvam a identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual
77.2	Denúncia ao disque 100 em casos de detecção de violência contra crianças
77.3	Atendimento e acompanhamento dos pais em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes
77.5	Notificação compulsória em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes
77.6	Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes
89.2	Denúncia ao disque 100 em casos de detecção de violência contra idosos
89.3	Atendimento e acompanhamento dos cuidadores em caso de detecção de violência contra idosos
89.5	Notificação compulsória em casos de detecção de violência contra idosos
89.6	Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade em casos de detecção de violência contra idosos
90.5	Ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas que envolvam a detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar
Subdomínio: Trabalho em Rede	
69.7	Encaminhamento para serviços de referência em casos de detecção de violência contra mulher
77.1	Denúncia ao Conselho Tutelar em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes
77.4	Encaminhamento ao CRAS e CREAS em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes
77.7	Encaminhamento para o NASF ou equipe de apoio em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes
77.8	Proposta de acompanhamento intersetorial em casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes
89.1	Denúncia ao CRAS e CREAS em casos de detecção de violência contra idosos
89.4	Denúncia à autoridade policial em casos de detecção de violência contra idosos
89.7	Encaminhamento para o NASF / equipe de apoio em casos de detecção de violência contra idosos
89.8	Proposta de acompanhamento intersetorial em casos de detecção de violência contra idosos

ANEXO 3. Parecer Consubstanciado



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção, detecção e assistência às violências nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Pesquisador: Carolina Siqueira Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51101515.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.375.246

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa se propõe a avaliar como estão organizadas as estratégias de prevenção e assistência às situações de violência em serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI), descrevendo e avaliando o conjunto das ações, sejam elas dirigidas às crianças, às mulheres, aos idosos e homens adultos ou às pessoas portadoras de deficiência. Este projeto de pesquisa, subprojeto do projeto Avaliação e Monitoramento de Serviços de

Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional, aprovado pelo CEP sob parecer nº 401.063, de 19/09/2013, integra o campo de pesquisa em avaliação de serviços e programas de saúde, abordando particularmente o tema "avaliação das ações de prevenção e assistência à violência em serviços de APS". Para tanto, pretende avaliar a implementação de ações relacionadas à violência em serviços de APS, no estado de São Paulo e fará uso do instrumento QualiAB como fonte de dados secundários. Trata-se de uma pesquisa avaliativa sobre ações de prevenção, detecção precoce e assistência às situações de violência, que se destina tanto ao desenvolvimento de conhecimento científico nessa área, como ao apoio para a gestão, fornecendo subsídios para a tomada de decisões. O instrumento para avaliação dos serviços será o questionário QualiAB. Esse instrumento foi

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.375.248

construído a partir da pesquisa avaliativa realizada no estado de São Paulo em 2007. Em 2014, o questionário QualiAB foi atualizado. A nova versão é composta por 126 questões, das quais 21 são descritivas, caracterizando os serviços, e 105 pontuadas, que geram indicadores de qualidade. Destas, foram selecionadas 69 questões, relacionadas à caracterização dos serviços, ações de educação em saúde e de prevenção e enfrentamento à violência. O tamanho da amostra será de 163 participantes. Estes dados permitirão um estudo descritivo, que confrontará as características das respostas com outras igualmente proporcionadas pelo questionário QualiAB em relação a características selecionadas, como modelo assistencial, localização, e estratégias de gestão, gerência e organização do trabalho. A escolha pelos testes de comparação e correlação entre as variáveis e grupos será executada respeitando os pressupostos determinados pelos resultados, características e comportamento das variáveis de estudo, bem como a relação entre as variáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: avaliar a implementação de ações relacionadas à violência em serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), no estado de São Paulo.

Objetivos secundários: - avaliar o desempenho de serviços de APS paulistas em ações de prevenção, detecção e assistência à situações de violência;

- analisar possíveis relações entre o desempenho dos serviços de APS em relação à situações de violência e características organizacionais das unidades e da região de localização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não se aplica.

Benefícios: essa pesquisa pode oferecer subsídios para uma melhor compreensão do fenômeno da violência e sua relação com a APS e na prática, subsídios para os gestores, no planejamento de ações relacionadas à violência, favorecendo a melhoria da qualidade das ações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta título adequado ao tema, com objetivos e metodologia bem descritos, apresentando avaliação de riscos e benefícios, sendo um estudo relevante, podendo fornecer subsídios para melhorar o planejamento das ações relacionadas à violência e consequentemente, melhorar a qualidade da prevenção e assistência à violência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: o título do projeto foi corrigido para "Avaliação das ações de prevenção, detecção

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.375.246

e assistência às violências nos serviços de Atenção Primária à Saúde";

- Projeto: bem elaborado;
- Declaração do EAP: anexada;
- TCLE: propõe dispensa, justificando que esse projeto é um subprojeto do projeto Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional, aprovado pelo CEP sob parecer 401.063, de 19/09/2013, fazendo uso de sua base de dados. O TCLE já foi incluído no projeto matriz;
- Cronograma de execução: as datas da defesa foram corrigidas para 01/02/2017 a 28/02/2017.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião extraordinária do CEP de 18/12/2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Lembramos que ao final da execução do projeto, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades".

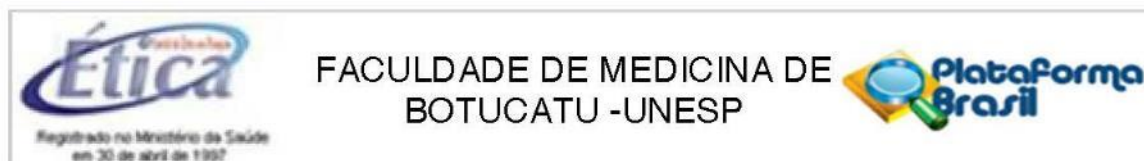
Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_629106.pdf	10/12/2015 10:22:10		Aceito
Outros	Oficio_Resposta_as_pendencias_CEP.pdf	10/12/2015 10:19:31	Carolina Siqueira Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_institucional.pdf	10/12/2015 10:18:16	Carolina Siqueira Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/12/2015 10:14:54	Carolina Siqueira Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Versao_final_CEP.doc	18/11/2015 16:37:59	Carolina Siqueira Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.375.246

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 18 de Dezembro de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO 4. Autorização Diretoria Regional de Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS VI BAURU
RUA QUINTINO BOCAIUVA, 5-45 – BAURU/SP.
FONE: (14) 3235 0150 – FAX: 3235 0221
C. ELETRÔNICO: drs6@saude.sp.gov.br

DECLARAÇÃO

DECLARO que tenho ciência do desenvolvimento do Projeto "Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional" aprovado no edital universal do Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Processo Nº 485848/2012-0), na qual será aplicado na RRAS 09 em 2014 e autorizo através de análise dos dados o desenvolvimento da Pesquisa "Avaliação da qualidade de ações para idosos em serviços de atenção primária no Estado de São Paulo", a ser conduzida pela Nádía Placideli, orientada pela Profª. Drª. Elen Rose Lodeiro Castanheira, junto a esta Entidade.

Bauru, 15 de Setembro de 2014.

Assinatura manuscrita de Cleise Mei de Souza em tinta azul.

Cleise Mei de Souza
Diretor Técnico de Saúde III
Gabinete