

Avaliação da saúde da criança em serviços de atenção primária e sua integração em rede no interior do estado de São Paulo/Brasil

Assessment of child's health in primary care services and its network integration in the interior of the state of São Paulo/Brazil

Caroline Couto

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Patrícia Sanine

Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Adriano Dias

Professor Doutor do Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Carolina Mendonça

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Dinair Machado

Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Josiane Carrapato

Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Luceime Nunes

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Nádia Placideli

Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Thais Zarilli

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Elen Castanheira

Professora associada do Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (Unesp). Botucatu. Brasil

Resumo

Esse estudo tem como objetivo avaliar a organização da oferta de ações de atenção à criança em serviços de atenção primária à saúde do estado de São Paulo/Brasil e analisar a integração com a rede de atenção. Estudo transversal, descritivo, realizado entre outubro e dezembro de 2014, com uso do instrumento QualiAB. Foram avaliados 151 serviços de 40 municípios, usando indicadores selecionados segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. As maiores frequências referem-se a ações tradicionais, como orientação e estímulo ao aleitamento materno (108%). São menos frequentes ações como: duas testagens para sífilis (65,6%) e HIV (64,8%) durante a gestação; seguimento de infecções respiratórias na infância (56,3%) e identificação e acompanhamento de situações de violência na infância e adolescência (37,7%). Não há trabalho conjunto a partir do encaminhamento para serviços de referência. Há acesso para serviços de apoio a situações de risco e vulnerabilidade social (CRAS – 93,4%). Concluiu-se que os serviços avaliados não realizam uma atenção integral à saúde da criança e possuem limitações na integração com a rede de apoio existente. Destaca-se a necessidade de investir na qualificação do processo de trabalho e de construir espaços de diálogo e pactuação para um trabalho em rede.

Palavras-chave:

Serviços de saúde, avaliação de serviços de saúde, atenção primária à saúde, saúde da criança.

Abstract

The objective of this study is to assess the organization of the offer of child health actions in primary health care services in the state of São Paulo/Brazil and to analyze its integration with the care network. A cross-sectional, descriptive study conducted between October and December 2014, using the QualiAB instrument. A total of 151 services, located in 40 municipalities, were evaluated using indicators selected according to the National Policy of Integral Attention to Child Health. The higher frequencies refer to most traditional actions, like breastfeeding orientation and encouragement (108%). Actions such as syphilis (65,6%) and HIV (64,8%) testing during pregnancy; follow-up of childhood respiratory infections (56,3%) and identification and follow-up of violence situations in childhood and adolescence (37,7%) were less frequent. There is no joint work after referral to the reference services. There is access to support services for risk and social vulnerability situations (CRAS - 93.4%). It was concluded that the assessed services do not provide integral attention to child health and have limitations in the integration with the existing support network. It is important to emphasize the need to invest in the qualification of the work process and to build spaces for dialogue and agreement for networking.

Key words:

Health services, health services evaluation, primary health care, child health.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é atualmente uma das principais estratégias de reorganização do sistema público de saúde brasileiro [1,2]. Essa opção técnico política encontra respaldo em diversos estudos que demonstram melhores resultados dos sistemas de saúde baseados numa APS forte, tanto em relação aos indicadores e capacidade de resposta às necessidades de saúde individuais e coletivas como em relação ao custo - efetividade do sistema [3,4,5].

A APS é uma proposta de integração das ações de saúde à dinâmica do território, com base em uma organização sistêmica e regionalizada de serviços de saúde com diferentes complexidades que, articulada a outros setores sociais, constitui uma rede de cuidados. Em um sistema organizado em rede, a APS representa a principal porta de entrada e assume o papel de coordenação do cuidado e integração de serviços e ações, constituindo-se numa importante estratégia de construção do cuidado integral à saúde [1,2,4,6-8].

Essas proposições para APS vêm sendo incorporadas e retraduzidas em programas e políticas de setores tradicionais e estratégicos, como o da saúde da criança, possibilitando o fortalecimento da produção do cuidado com base na articulação de tecnologias relacionais, como vínculo, humanização, respeito e corresponsabilização, com tecnologias de promoção, prevenção e assistência, e resultam na maior qualificação da atenção à saúde, tanto da criança como de toda comunidade [9,10,11].

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída no Brasil em 2015, enfatiza a APS como locus privilegiado para o desenvolvimento das ações priorizadas em todos os seus 7 eixos estratégicos e que se referem, em linhas gerais, à redução da morbimortalidade infantil e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, de modo articulado a um conjunto diversificado de serviços integrados em rede [11].

Para uma atenção integral à saúde da criança, a PNAISC ressalta a importância de os serviços de saúde intensificarem o incentivo ao aleitamento materno e às ações de promoção da saúde, prevenção e assistência às doenças e monitoramento da saúde da criança, com identificação de condições de vulnerabilidade e de exposição a fatores de risco em cada fase do crescimento e desenvolvimento infantil. Esse conjunto de ações tem início com o diagnóstico e o acompanhamento da gestação e se dá por meio de atividades realizadas tanto em nível individual quanto coletivo [11,13].

A extensão de serviços de APS com equipes de saúde da família, ao lado de outras políticas públicas de saúde e promoção social, tem possibilitado o desenvolvimento de várias experiências de APS bem sucedidas na atenção à saúde da criança, como em relação à redução da desnutrição, ampliação das taxas de aleitamento materno e queda das internações por causas sensíveis à atenção primária [10,14].

Entretanto, são muitos os desafios a superar [15]. Apesar das claras diretrizes para uma atenção integral à saúde da criança e da valorização e dos esforços em concretizar o papel da APS na reorganização do sistema de saúde, persiste uma grande dificuldade em articular os serviços em rede e em instituir a APS como coordenadora da atenção à saúde da criança [16].

O estado de São Paulo possui um grande e diversificado conjunto de serviços de atenção primária, distribuídos em 645 municípios, com estruturas e portes populacionais bastante heterogêneos e que são atualmente divididos em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde. As RRAS aglutinam regiões de saúde integradas por municípios que em conjunto possuem uma rede de serviços relativamente completa, incluindo unidades de atenção primária e de média e alta complexidade, com referências regionais para as principais especialidades.

A maior disponibilidade e diversidade de serviços nesse estado facilita a integração de um trabalho em rede? Particularmente em relação à atenção à saúde da criança, os serviços de APS seguem as ações preconizadas pela PNAISC e atuam de modo integrado com os demais serviços municipais e/ou regionais que compõem a rede de atenção? O objetivo desse trabalho é avaliar a oferta de ações de atenção à saúde da criança em serviços de APS e sua integração com os outros níveis de complexidade em serviços localizados na região centro-oeste do estado de São Paulo, Brasil.

Materiais e métodos

Pesquisa avaliativa, descritiva, de corte transversal, que analisa indicadores selecionados de atenção à saúde da criança a partir da aplicação do Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), em 2014. O presente trabalho apresenta dados parciais de projeto de pesquisa mais amplo.

O estudo foi desenvolvido em uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), localizada na região Centro-Oeste do estado de São Paulo, composta por cinco

regiões de saúde com um total de 68 municípios, dos quais aproximadamente 79,4% possuem menos de 25 mil habitantes. A população total da RRAS estudada é de 1.624.623 habitantes. As RRAS buscam articular os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, em âmbito regional, com o objetivo de garantir a continuidade assistencial, a integralidade do cuidado e a utilização racional dos recursos disponíveis [6,17].

A avaliação se deu de modo censitário, com adesão voluntária de municípios e unidades de saúde, entre outubro e dezembro de 2014. Do total de 303 unidades de APS existentes na região, participaram do presente estudo 151 unidades (49,8%) que realizam atendimento à saúde da criança, localizadas em 40 municípios, constituindo assim numa amostra por conveniência.

A classificação dos serviços de APS realizada nesse estudo é anterior à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e por isso não segue a tipologia de serviços por ela proposta. Os critérios adotados são os seguintes: Unidades de Saúde da Família (USF) são as que possuem equipes constituídas por médico de família, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários (com ou sem equipe de saúde bucal); os Centros de Saúde são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) “tradicionais”, contam com equipe de enfermagem e médicos especialistas (pediatras, ginecologistas e clínicos, e outros); e as unidades classificadas como “Mistas”, são aquelas cuja equipes incluem médicos especialistas mas contam também com agentes comunitários e/ou com equipes de saúde da família.

O QualiAB, versão 2014, é um questionário eletrônico de autoavaliação dos serviços de APS, respondido por gerentes e equipes das unidades. É composto por um total de 126 questões relativas ao conjunto de atividades sob responsabilidade da APS, o que permite diversificar os recortes de análise [14,18,20].

Para avaliação das ações voltadas para a atenção integral à saúde da criança e sua articulação à rede foi construída uma matriz avaliativa composta por 57 indicadores selecionados segundo as ações preconizadas pela PNAISC [11], dos quais 38 estão relacionados à atenção prestada pelas unidades básicas às crianças, desde o período pré-natal, e 19 indicadores referem-se à articulação dessas ações com a rede loco regional.

Seis eixos propostos pela PNAISC orientam a matriz avaliativa: I) Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; II) Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; III) Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; IV) Atenção inte-

gral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; V) Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; e VI) Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade. Os eixos V e VI foram agregados uma vez que os indicadores selecionados compreendem a ambos [11]. O eixo VII proposto pela PNAISC refere-se a vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Em que pese sua importância e pertinência para a APS, não foram incluídos indicadores no questionário QualiAB, uma vez que o monitoramento e investigação de óbitos fetais e maternos não vem sendo feita diretamente pelas unidades básicas e que as medidas de prevenção integram os demais eixos.

Os dados foram analisados conforme a distribuição das frequências (números absolutos e relativos) e sua relação com as recomendações preconizadas pela PNAISC, utilizando o pacote estatístico IBM/SPSS v.21.0.

Este estudo analisa dados parciais que integram o doutorado de Sanine [21], aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu por meio do parecer nº 935.124.

Resultados e discussão

Das 151 unidades de APS avaliadas, 66 (43,7%) se auto classificaram como USF, 28 (18,6%) como unidades “Mistas” e 54 (35,8%) unidades tipo Centros de Saúde tradicionais.

Para discutirmos a integração da atenção integral à criança à rede de atenção à saúde, iniciaremos por uma aproximação das ações que vem sendo oferecidas nas unidades de APS para em seguida vermos sua articulação à rede.

Avaliar a organização das ações de atenção à criança na APS a partir de eixos da PNAISC, mesmo que numa aproximação descritiva, permitiu a definição de um conjunto de critérios tanto para eleição de indicadores como para a leitura das frequências observadas, conforme discutiremos a seguir. A Tabela 1 apresenta as frequências de resposta para cada indicador, agrupados por eixo estratégico, segundo ordem decrescente de ocorrência.

O primeiro eixo estratégico apontado pela PNAISC compreende as práticas realizadas durante a gestação, parto e nascimento, incluindo a atenção ao recém-nascido, entendendo que o desenvolvimento saudável do bebê se inicia ainda no Pré-Natal e durante os primeiros

Tabela 1 – Distribuição das frequências de indicadores de atenção à saúde da criança, segundo seis eixos estratégicos da PNAISC, QualiAB, 2014, estado de São Paulo, Brasil

Indicador	N	%
Eixo I: Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido¹		
Vacinação das gestantes (tétano e hepatite B)	134	107,2
Realização do Teste de gravidez na urina	127	101,6
Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante (com Ficha Perinatal)	118	94,4
Convocação de Gestantes faltosas	117	93,6
Realizam 6 ou mais consultas de Pré-Natal	117	93,6
No puerpério imediato aborda condições de nascimento e orienta cuidados e atendimento de rotina RN	108	86,4
Convocação de Recém-nascidos de risco faltosos	94	75,2
Agendamento do primeiro atendimento do RN programado	94	75,2
Solicitação de Teste rápido ou Sorologia para sífilis no 1º e 3º trimestre	82	65,6
Solicitação de Teste rápido ou Sorologia para HIV no 1º e 3º trimestre	81	64,8
Oferta de tratamento da sífilis na Unidade para gestante e parceiro	76	60,8
Ações educativas sobre gestação e parto na unidade	74	59,2
Ações educativas sobre gestação na adolescência na unidade	52	41,6
Eixo II: Aleitamento materno e alimentação complementar saudável¹		
Orientação e estímulo ao aleitamento materno no Pré-Natal	135	108
Ações educativas sobre alimentação saudável em consulta	123	98,4
Orientações sobre aleitamento materno no puerpério tardio	118	94,4
Orientações sobre aleitamento materno no puerpério imediato	113	90,4
Ações educativas na unidade sobre aleitamento materno	87	69,6
Ações educativas na comunidade sobre aleitamento materno	74	59,2
Eixo III: Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral		
Avaliação de parâmetros do crescimento	146	96,6
Avaliação do perímetro cefálico (menores de 1 ano)	107	70,9
Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor	91	60,3
Captação de crianças menores de um ano realizada por ACS	82	54,3
Convocação de Crianças até dois anos ou em seguimento na puericultura faltosas	72	47,7
Convocação de faltosos na vacinação	63	41,7
Registro do seguimento no prontuário e na caderneta da criança	58	38,4
Eixo IV: Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas		
Orientação dos testes do pezinho, orelhinha e olhinho para RN	140	92,7
Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição, obesidade)	106	70,2
Assistência odontológica para crianças em idade escolar ²	86	67,7
Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância	85	56,3
Assistência odontológica para crianças com até 6 anos ²	65	51,1
Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental infantil	66	43,7
Eixo V: Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz		
Eixo VI: Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade		
Aborda em consulta de puerpério as condições psicoemocionais e/ou sócio familiares	77	51
Identificação e acompanhamento de situações de violência – infância e adolescência	57	37,7
Notificação Compulsória em casos de situações de violência - infância e adolescência	52	34,4
Sensibilização e capacitação da equipe para identificação das situações de violência na infância e adolescência	35	23,2
Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual contra adolescentes	32	21,2
Ações de vigilância de trabalho infantil	17	11,3

Fonte: os autores a partir da avaliação pelo QualiAB em 2014.

¹Frequências calculadas em relação ao total de unidades que realizam Pré-Natal, n= 125.

²Frequências calculadas em relação ao total de unidades que possuem equipes de saúde bucal, n= 127.

meses de vida, influenciando diretamente a qualidade de vida da futura criança. Nesse sentido, o cuidado Pré-Natal é considerado um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento [11,13].

Segundo parâmetros preconizados pelas políticas brasileiras, a qualidade da atenção à gestante é avaliada pelo acesso ao serviço de APS com início precoce do acompanhamento; realização de seis ou mais consultas; solicitação, realização e avaliação dos exames preconizados durante o 1º e 3º semestre; acesso ao serviço de referência especializada; estímulo ao parto fisiológico; visita da gestante ao serviço no qual será realizado o parto; imunização adequada; participação da gestante em atividades educativas e realização do “Pré-Natal do parceiro” [11,13].

Pelos dados apresentados, as unidades participantes que realizam Pré-Natal oportunizam acesso precoce por meio da realização de testes de gravidez na unidade, embora a captação para início precoce do Pré-Natal seja inferior a 80%; realizam vacinação das gestantes, orientações de cuidado com o recém-nascido, seis ou mais consultas e convocação de gestantes faltosas. Entretanto, chama atenção que do universo avaliado 26 unidades não realizam Pré-Natal, embora façam vacinação e teste de diagnóstico para gravidez. Além disso, a não realização de duas testagens para sífilis e HIV em mais de 30% das unidades, a baixa proporção de ações educativas e baixa captação de recém-nascidos (RN) para o primeiro atendimento, assim como, do RN de risco, compromete a qualidade da atenção oferecida.

De fato, o acesso ao Pré-Natal no país, alcança atualmente a grande maioria das gestantes brasileiras [10,22], mas existem desafios a serem vencidos quando nos referimos a qualificação dessa assistência, especialmente na realização de todas as práticas consideradas efetivas na diminuição de desfechos desfavoráveis [10,14,23]. O que ganha importância para a saúde da criança, uma vez que uma parte importante das internações em menores de um ano, são causadas por condições relacionadas à baixa qualidade do Pré-Natal e, portanto, passíveis de serem prevenidas pelos serviços de APS [24].

Merece destaque a baixa quantidade de serviços que realizam a solicitação de testes rápidos e/ou sorologias de HIV e sífilis no 1º e 3º trimestre da gestação, conforme preconizado por protocolos nacionais e internacionais, assim como a baixa porcentagem de serviços que realizam tratamento para sífilis na própria unidade de saúde. Avaliação realizada no estado de São Paulo em 2010 já apontava que, apesar dos serviços realizarem as sorologias durante o Pré-Natal, existia uma grande

resistência na aplicação de penicilina benzatina, tratamento de primeira escolha dos casos de sífilis [25].

Outro indicador que merece atenção, relacionado ao primeiro eixo da PNAISC, é a primeira consulta do recém-nascido. O primeiro atendimento da unidade de APS deve ocorrer na primeira semana de vida, na qual há uma transição no núcleo familiar, constituindo um momento propício para auxiliar a família e orientar sobre questões como o aleitamento materno exclusivo, imunizações, realização da triagem neonatal (teste do pezinho, orelhinha, ouvidinho e coraçãozinho) e outras dúvidas e cuidados necessários nesse período [12].

Conforme a Tabela 1, muitos serviços avaliados não programam a primeira consulta do RN e não realizam a convocação de RN de risco faltosos. A ausência dessas medidas pode comprometer o primeiro contato oportuno para atenção à criança, retardando ou mesmo impossibilitando o diagnóstico precoce de alterações, o reconhecimento e/ou reforço da rede de apoio familiar e a identificação de condições de risco e vulnerabilidades às quais a criança pode estar exposta. Estudo de Sanine et al. [14] aponta a persistência de um baixo desempenho desses indicadores em três avaliações realizadas em serviços dessa região.

Chama atenção ainda a baixa proporção de ações educativas, sejam elas realizadas dentro ou fora da unidade de saúde, o que se repete também em relação ao aleitamento (Eixo II).

O incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, é foco do segundo eixo estratégico proposto pela PNAISC, integrando as políticas públicas direcionadas à diminuição das taxas de morbimortalidade infantil. Além de promover o vínculo afetivo entre mãe e filho, o aleitamento materno tem repercussões sobre o sistema imunológico da criança, sua fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional [11,13].

É nesse eixo que as unidades avaliadas apresentam indicadores com maiores frequências. A ocorrência de práticas de incentivo ao aleitamento materno está em consonância com estudos que relatam um aumento na prevalência de aleitamento materno no Brasil após implementação de iniciativas como a da “Rede Amamenta Brasil” [10,12,26].

Entretanto, os indicadores relativos a ações educativas não apresentam frequências elevadas. Essa diferença possivelmente está relacionada ao facto dessas ações referirem-se a atividades na comunidade e/ou em grupos e a palestras realizados na unidade, o que pode indicar que as atividades de incentivo ao aleitamento são

predominantemente realizadas durante o atendimento individual na assistência Pré-Natal.

O terceiro eixo estratégico preconizado na PNAISC aborda as ações realizadas pelos serviços de APS na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento infantil [11]. Estes dois aspectos estão intimamente interligados e são considerados bons indicadores de saúde da criança, uma vez que também são moldados por fatores “externos à saúde” como alimentação, higiene, habitação e cuidados gerais com a criança, com os quais as ações de saúde devem contribuir [12].

O monitoramento de ações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento envolve práticas bem-estabelecidas nas rotinas de acompanhamento infantil, sendo o crescimento tradicionalmente acompanhado por meio do ganho de peso e de estatura, índice de massa corpórea e perímetros cefálico e torácico. No caso do desenvolvimento infantil, o acompanhamento implica na avaliação de parâmetros neuropsicomotores e da vivência da criança e da família em suas diferentes etapas de desenvolvimento [12].

Chama atenção que nem todos os serviços refiram ações protocolares como a avaliação do perímetro cefálico e do desenvolvimento neuropsicomotor, e que apenas uma pequena parcela desses serviços realize busca ativa de crianças faltosas ou com vacinação atrasada (Tabela 1 – eixo III), constituindo-se numa importante lacuna no acompanhamento das crianças seguidas nessas unidades.

O Eixo IV da PNAISC consiste na atenção às crianças portadoras de algum agravo e/ou doença crônica, compreendendo o diagnóstico precoce e qualificação do manejo de condições de maior prevalência na infância. São ações que se somam ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil apontadas no eixo III e direcionadas essencialmente à promoção e prevenção primária. A previsão de atividades de prevenção secundária e terciária, acrescenta dimensões de cuidado necessárias para garantir a integralidade da atenção à criança e evitar comprometimentos para a qualidade de vida futura [11,12].

Os indicadores agrupados no eixo IV mostram que as ações realizadas com maior frequência referem-se ao diagnóstico precoce, como identificação de déficits nutricionais, auditivos, de visão ou de fala, e a realização dos testes de triagem em RN. Por outro lado, as menores frequências concentram-se em ações direcionadas às infecções respiratórias, à saúde bucal e à saúde mental. A atenção às infecções respiratórias agudas na infância, especialmente asma e pneumonia bacterina, figuram

entre as ações de grande importância para APS, uma vez que ainda se encontram entre as principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária e mantém-se entre as principais causas de morte entre menores de 5 anos, em que pese a importante queda ocorrida desde a implantação do SUS [24,27].

Mesmo considerando-se que 24 serviços não têm equipe de saúde bucal, entre os 151 que participam do estudo, aqueles que possuem equipe apresentam baixas frequências de assistência odontológica para crianças, contrariando o previsto na PNAISC que aponta a saúde bucal como uma ação transversal a todos os eixos de atenção integral à saúde da criança [11].

A baixa frequência de ações voltadas para saúde mental infantil reflete as dificuldades da rede básica em efetivar ações de atenção à saúde mental para o conjunto dos usuários. Estima-se que 10 a 20% da população infantil sofre com transtornos mentais, figurando entre os mais frequentes: a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade [28], o que pode ser agravado por situações de desestrutura social e familiar e pela indução ao uso de álcool e outras drogas. Ainda que as crianças acometidas por agravos dessa ordem possam requerer um seguimento especializado devem ser acolhidas e acompanhadas simultaneamente para conjunto de suas necessidades nos serviços de APS, local privilegiado para identificação precoce de distúrbios de comportamento, para estabelecimento de vínculo com a criança e a família e articulação com a rede de atenção psicossocial.

A atenção a crianças em situação de violência infantil, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz (Eixo V) e a atenção a crianças com deficiência ou em situações de vulnerabilidade (Eixo VI), requerem ações mais recentemente incorporadas aos serviços de APS e pressupõem atividades integradas a outros serviços de saúde e a outros setores sociais, como assistência social e educação. O maior conhecimento e proximidade com o território e com os grupamentos familiares faz com que os serviços de APS possuam um papel estratégico na identificação e coordenação do manejo dessas condições junto à uma rede de atenção.

Os indicadores atribuídos a ambos os eixos possuem grande afinidade e por isso optou-se por agrupá-los. As práticas preconizadas nesses eixos visam garantir a qualificação do trabalho dos serviços de saúde, incentivar ações de prevenção e promoção, e implementar linhas de cuidados, além de potencializar o trabalho em rede, de modo que possam garantir uma atenção integral diante da fragilidade com que esses temas vêm sendo

enfrentados pelos serviços de saúde [11,29,30]. Pessoas com deficiência, especialmente crianças, estão mais expostas a riscos de sofrer violência, física, psicológica e sexual, além da maior vulnerabilidade própria da idade mesmo na ausência de deficiência. Observa-se que são pequenas as porcentagens de ações realizadas nesses eixos, sendo a mais frequente a avaliação das condições emocionais e/ou sociofamiliares das crianças, presente em somente metade dos serviços. Chama atenção que poucos serviços trabalham as questões de violência infantil e na adolescência em sua rotina, indicando ainda uma dificuldade dos serviços de saúde de lidar com temas estigmatizados como a violência infantil (Tabela 1).

Schek et al.[30] apontam a presença de dificuldades e despreparo dos profissionais de saúde para atuar frente às questões de violência intrafamiliar, muitas vezes desrespeitando preceitos legais de proteção à criança por omissão e atribuição da resolução do problema à própria família. Entretanto, ainda que de forma incipiente tem sido observado o aumento dos serviços que abordam o tema da violência em suas atividades educativas, o que pode ser um reflexo da priorização dessa

temática por parte das políticas públicas [14].

A fim de assegurar a integralidade do cuidado da criança grande parte dos indicadores descritos requer a articulação com outros serviços de saúde e com outros setores sociais, na direção de um trabalho multiprofissional e intersetorial, organizado em rede [11]. A Tabela 2 apresenta a frequência dos indicadores de atenção em rede, distribuídos segundo eixos estratégicos preconizados pela PNAISC, agrupados em 3 subconjuntos, em ordem decrescente de ocorrência.

Os dois primeiros eixos da PNAISC se referem às ações que são realizadas durante o Pré-Natal e primeiros meses de vida da criança e que, para a sua plena efetivação, preconizam a integração das ações nas unidades de APS com as desenvolvidas nas maternidades e serviços de referência a gestantes de alto risco e puérperas. [11] Nessa perspectiva observa-se que apesar dos serviços, majoritariamente, identificarem as gestantes de alto risco, poucos deles mantêm o seguimento simultâneo após o encaminhamento, embora esteja previsto nas diretrizes de assistência Pré-Natal, como forma de garantir a continuidade do cuidado dessas gestantes e seus futuros bebês [13] (Tabela 2 – Eixo I e II).

Tabela 2 - Distribuição das frequências dos indicadores de atenção em rede, segundo eixo estratégico preconizados pela PNAISC, em 151 serviços de APS, estado de São Paulo, Brasil, QualiAB, 2014

Indicador	%
Eixo I e II: Integração dos serviços de APS com maternidade e outros serviços especializados de referência	
Identifica gestantes de alto risco no Pré-Natal	82,1
Encaminham gestantes HIV positivo para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade	57,0
Orienta e estimula parto fisiológico no Pré-Natal de baixo risco	54,3
Encaminha para o banco de leite ou acesso ao leite modificado se necessário (HIV)	39,1
Encaminha gestantes de alto risco para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade	35,8
Visita prévia da gestante e parceiro à maternidade	13,2
Eixo III e IV: Ações e temas abordados em instituições para crianças (escolas, creches, projetos sociais, entre outros)	
Vacinação	73,0
Educação em saúde bucal	71,6
Avaliação da acuidade visual	30,1
Sexualidade e educação sexual	23,1
Avaliação da acuidade auditiva	9,8
Eixos IV, V e VI: Acesso a rede de apoio e serviços especializados	
Acesso a centros de referência de assistência social (CREAS)	93,4
Denúncia ao conselho tutelar em caso de violência contra crianças e adolescentes	80,8
Acesso a equipe de apoio multiprofissional/NASF	62,3
Em casos de violência encaminha para CREAS	57,6
Acesso a equipe de saúde mental em serviço especializado	51,6
Acesso ao centro de apoio psicossocial infantil (CAPSi)	28,8
Acesso ao centro de apoio psicossocial álcool e drogas (CAPS AD infante juvenil)	25,8
Em casos de violência encaminha para a equipe de apoio multiprofissional/NASF	13,9

O estímulo ao parto fisiológico no Pré-Natal de baixo risco e a visita da gestante e seu parceiro à maternidade antes do parto, exigem articulação entre os serviços de APS e a maternidade de referência, e fazem parte de medidas de humanização do parto e da concepção do “Pré-Natal do homem” [13]. As frequências observadas apontam para uma baixa incorporação dessas ações (Tabela 2 – Eixo I e II).

Esses dados corroboram com achados de um estudo utilizando dados da pesquisa “Nascer no Brasil” entre 2011 e 2012, indicando dificuldade no acesso a serviços de gestação de alto risco, assim como baixa proporção de mulheres que visitaram a maternidade de referência [22].

Em relação à intersectorialidade, um indicador expressivo são as ações realizadas em instituições para crianças, como escolas, creches e projetos sociais existentes na área de cobertura das unidades de APS. Quase 30% dos serviços não desenvolvem nenhuma atividade. Entre os que realizam, a prática mais frequente é a vacinação, seguida da educação em saúde bucal. Outras práticas como avaliação auditivas e visuais, assim como educação em saúde reprodutiva são muito pouco frequentes (Tabela 2 – Eixo III e IV).

A priorização da imunização entre as atividades extramuros reflete a implementação de uma estratégia de aumento da cobertura vacinal [12]. O aumento dessa prática na região estudada é retratado no estudo de Sanine et al. [14], o qual mostrou que as porcentagens de imunização em instituições para crianças cresceram entre os anos de 2007-2010, mantendo-se até 2014.

Os indicadores de rede agrupados nos eixos IV, V e VI apontam a relação das unidades com as equipes de apoio e serviços especializados. Essa atuação em rede tem por finalidade aumentar a resolutividade e o escopo das ações realizadas pela APS, com o objetivo de promover a integralidade garantindo o acesso a atenção especializada quando necessário, mas para que isso aconteça é preciso o reconhecimento da rede pelos serviços de APS e uma boa comunicação entre os serviços [1,2,6,8,11].

Estudo realizado por Vaz et al. [16] destaca que uma das grandes dificuldades dos serviços de APS em atuar como coordenadores do cuidado na rede de atenção à saúde da criança encontra-se na comunicação falha entre os próprios componentes da rede, como no encaminhamento entre os serviços e no estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência.

Situação semelhante acontece quando olhamos a frequência dos indicadores de atenção em rede dos serviços de APS participantes desse estudo, os quais mostram

que quase a totalidade das unidades de APS relatam ter acesso a referência em assistência social e a equipes de apoio multiprofissional, porém os mesmos são poucas vezes acionados, como nos casos de situações de violência infantil (Tabela 2 – Eixos IV, V e VI).

Impasses na atenção em rede nas situações de violência também são relatados em um estudo realizado por Egry [29], especialmente relacionados a falta de profissionais e serviços capacitados para lidar com essas questões, presença de uma lógica setorializada e verticalizada de execução das ações no âmbito do município, além de falhas na comunicação e troca de informações entre a rede.

Em relação à saúde mental, as dificuldades se mantêm quando abordada a atenção no âmbito da articulação da rede. Observa-se que poucos serviços relatam ter acesso ao acompanhamento especializado para os casos de transtornos mentais na infância, realizados em conjunto com os serviços de APS, como os Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) infantil e CAPS álcool e drogas infanto-juvenil.

A heterogeneidade dos serviços avaliados – Saúde da Família, “Mistos” ou Centros de Saúde - reflete a realidade de grande parte dos serviços de APS do interior paulista, e tem reflexos no modelo de atenção realizado. As unidades tipo Centros de Saúde tendem a trabalhar sem território definido e com profissionais em tempo parcial, especialmente os médicos, além de não contarem com agentes comunitários, apresentando maior dificuldade em realizar uma atenção integral à saúde nos moldes propostos pelo SUS. Além disso, a região estudada é composta por um grande número de municípios de pequeno porte, com maiores dificuldades técnicas e financeiras e maior dependência de equipamentos regionais, além de apresentar dificuldades em fixar os profissionais, especialmente os médicos.

Um outro fator importante que influencia na qualidade da atenção prestada pelos serviços de APS, são os obstáculos que o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando desde sua implantação. Em seus 30 anos, o SUS obteve muitas conquistas, como a ampliação da oferta e o acesso aos serviços de saúde, principalmente por meio da APS no modelo de saúde da família, com impactos importantes nos níveis de saúde da população, como a diminuição da morbimortalidade infantil [10,15]. Entretanto, deve-se reconhecer que o sistema não está totalmente consolidado. Esse processo vem sendo dificultado pelo subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela crise econômica e políticas de austeridade fiscal implantadas, como o congelamento dos gastos públicos de saúde e outras políticas sociais nas próximas duas décadas [15].

Considerações finais

A região estudada possui um conjunto diversificado de equipamentos de apoio especializado com um grande potencial para constituição de uma rede de atenção integral à saúde da criança. Entretanto, existem fragilidades a serem superadas na própria organização das ações realizadas nos serviços de APS, além da incipiente articulação com os serviços de referência e dificuldades para realização de ações extramuros.

A implementação de ações mais tradicionais na atenção à criança, como vacinação e incentivo ao aleitamento materno, ou ainda, orientações realizadas durante consultas individuais, médicas ou de enfermagem, convive com a baixa frequência de outras práticas tão importantes quanto, como a adequada testagem e tratamento oportuno de sífilis na gestação.

Para a efetivação da APS como principal porta de entrada e ordenadora do cuidado individual e coletivo de uma rede de atenção à saúde é necessário um grande e articulado investimento nos recursos humanos, a fim de qualificar o processo de trabalho das equipes. A construção de espaços de diálogo e pactuação entre os diferentes serviços que compõem a rede regional e o estabelecimento de fluxos que viabilizem o trabalho em rede, depende de

profissionais engajados técnica e politicamente em relação à efetivação da integralidade da atenção à criança, de acordo com as diretrizes da PNAISC e do SUS.

Nesse sentido, ainda que as unidades de APS mantenham um certo grau de autonomia na organização de estratégias de cuidado, o contexto político-institucional tem um grande poder de determinação no perfil de ações implementadas, parcialmente retratadas nas frequências apresentadas.

Os resultados da avaliação QualiAB 2014 foram disponibilizados para gestores municipais e estaduais, como ferramenta de apoio ao diagnóstico e planejamento.

Deve-se apontar como limites o facto de os resultados apresentados referirem-se apenas aos serviços participantes e da análise não permitir levantar hipóteses quanto aos determinantes dos problemas identificados. Por outro lado, dentro dos limites do desenho do estudo – avaliação transversal, descritiva, por meio de questionário estruturado de autoresposta – pode-se avaliar a maior ou menor aproximação das ações realizadas em relação às diretrizes técnico políticas preconizadas pela PNAISC, identificando pontos positivos e problemas relevantes para uso imediato de gestores, assim como para eleição de questões para novas avaliações.

Bibliografia

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. Ellner AL, Phillips RS. The Coming Primary Care Revolution. *J Gen Intern Med* 2017 Apr;32(4):380-86.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: OMS, 2008.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
6. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc* 2011 dez;20(4):867-74.
7. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CO-NASS; 2015.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet* 2010;15(5):2297-305.
9. Novaczyk AB, Gaiva MAM. As tecnologias inter-relacionais na assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais. *Cienc Cuid Saude* 2010 jul/set; 9(3):560-68.
10. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011;377:1863-76.
11. Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
14. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018;34(6):e00094417
15. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018;23(6):1723-28.
16. Vaz EMC, Collet N, Cursino EG, Forte FDS, Magalhães RKBP, Reichert APS. Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à (ao) criança/adolescente em condição crônica. *Rev Bras Enferm* 2018;71(Suppl 6):2612-19.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
18. Placideli N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. *Rev Kairós Geront* 2017;20(2):247-69.
19. Nunes LO et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e175.
20. Castanheira ERL et al. Caderno de boas práticas para organização e serviços de Atenção Básica: Critérios, padrões e indicadores, utilizados pelo Sistema QualiAB 2016. Botucatu: UNESP-FM, 2016. Disponível em: < <http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>>.
21. Sanine PR. Avaliação da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018.
22. Viellas EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014;30(Suppl

- 1)[Acessado 22 maio 2019]:S85-S100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso.
23. Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saúde Soc* 2011;20:912-26.
24. Prezotto KH, Chaves MMN, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49:44-53.
25. Sanine PR, Castanheira ERL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser MA, Nemes MIB. Sífilis congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. *BIS, Bol Inst Saúde* 2016;17:128-37.
26. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2014 nov/dez; 67(6):1000-7.
27. Gomes TGACB et al. Mortalidade na infância no Brasil e regiões no período de 2000 a 2011: o impacto da atenção básica. *Com Ciências Saúde* 2016; 27(4):259-66.
28. Gomes FMA, Cintra AMO, Ricas J, Vecchia MD. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc São Paulo*. 2015;24(1):244-58.
29. Egry EY, Apostólico MR, Morais TCR, Lisboa CCR. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?. *Rev Bras Enferm* 2017 fev;70(1):119-25.
30. Schek G, Silva MRS, Lacharité C, Bueno MEN. Os profissionais e a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre os preceitos legais e conceptuais. *Rev esc enferm USP* 2016;50(5):779-84.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.

Agradecimentos:

FAPESP financiou a participação e apresentação desse trabalho no III Encontro Luso Brasileiro de Avaliação em Saúde e Gestão do Conhecimento por meio da bolsa BPE de Elen Rose Lodeiro Castanheira (Processo: 2018/ 08925-7)

CNPq financiou a realização da avaliação apresentada, como parte do projeto “Avaliação e monitoramento de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional” (Processo: N° 485848/2012-0)