

## Saúde da criança na atenção primária do estado de São Paulo: a repercussão dos diferentes arranjos organizacionais na qualidade dos serviços

*Child health in primary health care in the state of São Paulo: the repercussion of different organizational arrangements on the quality of services*

Patricia Rodrigues Sanine<sup>1</sup>, Adriano Dias<sup>2</sup>, Elen Rose Lodeiro Castanheira<sup>3</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: maio de 2019 – Aceito: maio de 2021

### RESUMO

**OBJETIVO:** avaliar a qualidade organizacional da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do estado de São Paulo, segundo os diferentes arranjos operados. **MÉTODO:** Pesquisa avaliativa censitária, em 2010. Analisaram-se 73 indicadores agrupados conforme os arranjos operados no estado, utilizando qui-quadrado e Z. **RESULTADOS:** Dos 2.735 respondentes, 2.687 atendem crianças. Unidade Saúde da Família (USF) realiza planejamento e melhor organização da atenção à gestação e saúde da criança, seguido da Unidade Básica de Saúde “tradicional” com Programa de Agente Comunitário e/ou Saúde da Família (UBS/Mista). **CONCLUSÃO:** a USF e UBS/Mista foram os serviços que mais se aproximaram do modelo de cuidado proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de serviços. Saúde da criança. Serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To evaluate the quality of child health assistance in primary health care services (PHC) in the state of São Paulo/Brazil, according to the different arrangements operated. **METHOD:** An evaluative study in the state of São Paulo in 2010. Seventy-three indicators grouped into three areas were analyzed in relation to the existing arrangement. Chi-square and Z tests were used. **RESULTS:** Of the 2,735 respondents, 2,687 include child health care. Family Health Unit (FHU) planning and better organization of care to the child gestation and health, followed by the “traditional” Basic Health Unit (BHU) with Community Health Agent Program, and/or Family Health (BHU/Mixed). **CONCLUSION:** the FHU and BHU/Mixed were the services that most approached the care model proposed by the policy of child health assistance.

**KEYWORDS:** Health services evaluation. Child health. Health services. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Fonoaudióloga. Mestra (2014) e doutora (2018) em Saúde Coletiva pela FMB/UNESP, pós-doutora em Saúde Pública – Política, Gestão e Saúde da FSP/USP. Docente colaboradora no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e docente permanente no Mestrado Acadêmico e Doutorado em Saúde Coletiva da UNESP (desde 2016). E-mail: patsanine@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Coletiva (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP), pós-doutor em Saúde e Trabalho (Universidad de Huelva/Espanha) e em Bioestatística - Targeted Machine Learning Equations (Universidad de Sevilla/Espanha). Professor assistente do Departamento de Saúde Pública.

<sup>3</sup> Doutora em Medicina - Medicina Preventiva (Universidade de São Paulo – USP). Professora associada do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMB/UNESP e do Mestrado profissional em Saúde da Família/ PROFSAUDE/ FMB UNESP.

## INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da criança é uma das práticas mais bem estruturadas nos serviços de atenção primária à saúde (APS), com histórico de incorporação nas políticas públicas, pelo menos desde a primeira metade do século passado, e que vêm se ampliando ao longo do tempo<sup>1-5</sup>. Considerando este processo histórico, preocupa a existência de indicadores que reforçam seu mau desempenho nos serviços de APS<sup>1,2,4,6-8</sup>, como os evidenciados na taxa de mortalidade infantil de 11,5 por mil nascidos vivos e no número destes óbitos por causas evitáveis no estado de São Paulo, em 2019<sup>9</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando alcançar uma maior qualidade assistencial, superar limitações e obter melhores resultados, incentiva os serviços de APS a alterarem o modelo assistencial operacionalizado, para os propostos pela Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>10</sup>. Este arranjo, por meio de equipes formadas por médico de família (ou clínico geral), profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), propõe uma reorganização das práticas, buscando incorporar os princípios previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da cobertura e responsabilização por um território delimitado<sup>4,11-13</sup>.

No entanto, cabe destacar que a construção da APS no estado de São Paulo ocorreu de modo diferente dos demais estados brasileiros. Iniciada já na década de 1920, sofreu interferências de diferentes políticas e programas governamentais, nos quais as ações de atenção à saúde da criança tiveram uma importante participação no processo de ampliação da rede e definição do modelo organizacional<sup>1,2,4,5,14</sup>. Este desenvolvimento histórico resultou em uma ampla rede de serviços de APS que, por anteceder a implantação da ESF, ainda mantém diferentes arranjos organizacionais. Assim, podem ser identificados: serviços que prestam pronto atendimento às urgências; que não possuem equipe fixa; ou que possuem especialistas fixos no serviço; além das chamadas “UBS tradicionais”, que são serviços com a presença de médicos clínicos gerais, pediatras e gineco-obstetras<sup>2,4,15</sup>.

Desse modo, mesmo diante da heterogeneidade existente, ampliada pela implantação e/ou transformação de serviços organizados segundo a ESF<sup>2</sup>, espera-se que o conjunto de serviços de APS do estado, independentemente de seu arranjo organizacional, esteja qualificado para atender às proposições políticas do SUS e da PNAB, especialmente, em relação à integralidade do cuidado, superando, assim, o antigo modelo assistencial vigente<sup>4,13,15</sup>.

Alguns estudos demonstram este desempenho, porém, mantendo o reducionismo da polarização dos modelos (ESF e UBS tradicional) ou limitando-se à representatividade local. Não foram identificados trabalhos de base censitária utilizando dados primários que abordassem a qualidade da atenção prestada nos diferentes arranjos operacionalizados nos serviços de APS<sup>6,11,16,17</sup>. Desta forma, evidencia-se que,

apesar da saúde da criança estar entre as ações programáticas mais ofertadas e organizadas por serviços de APS no país e de integrar algumas das pesquisas avaliativas mais recentes, ainda faltam análises que reflitam as diferenças na qualidade organizacional desta assistência em relação aos distintos arranjos<sup>2,6,16-17</sup>.

Esta limitação de estudos reforça a necessidade de analisar os serviços do estado de São Paulo por este prisma, permitindo observar se os diferentes arranjos operacionalizados na APS imprimem qualidade distintas e se superaram as limitações postas pelo antigo modelo hegemônico da “consulta”<sup>12,18</sup>. Para tanto, o presente trabalho objetivou avaliar a repercussão dos diferentes arranjos organizacionais na qualidade da atenção à saúde da criança em serviços de APS do estado de São Paulo.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Pesquisa avaliativa que utilizou o questionário validado - Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica (QualiAB), disponibilizado via web, de forma censitária no ano de 2010, para os serviços de APS do estado de São Paulo, independentemente de seu arranjo organizacional<sup>15</sup>.

Por representar o único instrumento avaliativo que incorporava outros arranjos, além da ESF, no país, o QualiAB foi ofertado para todos os municípios, por meio de uma parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e apoio do Programa Articuladores da Atenção Básica, que auxiliaram na organização de reuniões com os gestores locais para a sensibilização da importância da participação<sup>19</sup>. Assim, todos os serviços de APS cadastrados no estado puderam participar, a critério de adesão voluntária dos gestores municipais e dos gerentes de cada serviço.

Aderiram à avaliação 586 municípios (90,8% do total do estado) e responderam ao instrumento 2.735 serviços (84,7% do total existente nos municípios participantes). Na presente análise, 48 destes serviços foram excluídos por relatarem não atender crianças, totalizando um universo de 2.687 serviços avaliados.

As normas, critérios e padrões utilizados na avaliação foram definidos a partir das orientações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Criança no âmbito do SUS (PNAISC)<sup>3</sup>, que preconiza que todos os serviços de APS ofertem uma atenção articulada e integral, desde a gestação, independente do seu arranjo organizacional.

Considerando a interrelação entre os indicadores de estrutura e processo como fatores que influenciam a qualidade do cuidado, selecionaram-se 73 indicadores que foram agrupados em três domínios de análise: “Disponibilidade de recursos e procedimentos básicos” (20 indicadores de estrutura com capacidade de mensurar as condições mínimas essenciais para a realização das práticas em saúde);

“Organização da atenção à saúde da criança” e “Organização da atenção à gestação e à puérpera” (respectivamente, 36 e 17 indicadores de processo, capazes de mensurar a organização da atenção integral à saúde da criança). Para facilitar a análise, realizou-se uma subdivisão dos domínios, cuja relação de indicadores por domínio e subdomínio é discriminada nos resultados.

Os diferentes arranjos operados na APS foram eleitos como variáveis que podem diferenciar o desempenho dos serviços. Assim, foram classificados em quatro arranjos, conforme a composição da equipe, autodeclarada no QualiAB: 1) Unidade Saúde da Família (USF) – serviços que possuem médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, além de serviços com (ou sem) equipe de saúde bucal e médicos especialistas; 2) Unidade Básica de Saúde “tradicional” (UBS) – serviços que se diferenciam por não possuírem ACS e terem médicos especialistas nas áreas de saúde da criança e mulher, com (ou sem) outras especialidades; 3) Unidade Básica de Saúde “mista” (UBS/Mista) – agregou os serviços organizados conforme as UBS com inclusão de equipe de Saúde da Família ou do Programa de ACS (PACS); 4) Arranjos atípicos – agrupou os serviços considerados postos avançados (equipes volantes), ou seja, que não possuem médico todos os dias, além de serviços que realizam atendimento de urgência/emergência e outros serviços com diferentes funcionamentos, mas que são cadastrados como APS.

A distribuição das frequências (absoluta e relativa) de cada indicador e suas associações, segundo o “arranjo organizacional”, foi realizada por meio de testes de quiquadrado e Z com correção de Bonferroni, sob nível de significância de 5%, utilizando o pacote estatístico IBM/SPSS® v.21.0.

Este trabalho seguiu as normas éticas de pesquisa com seres humanos e teve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) sob nº 4262/2012. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

## RESULTADOS

Representaram o universo estudado, 94,4% dos municípios com menos de 100 mil habitantes, 65% daqueles com população entre 100 e 500 mil e 55,5% dos que contam com mais de 500 mil habitantes.

Os 2.687 serviços de APS encontravam-se organizados em quatro arranjos distintos: USF (n=1.313; 48,9%), UBS (n=865; 32,2%), UBS/Mista (n=384; 14,3%) e arranjos atípicos (n=125; 4,7%).

Optou-se por excluir da análise os serviços que se definiram como “arranjos atípicos”, pois além da baixa frequência, apresentaram características variadas, desde aqueles que não prestavam assistência diária, até unidades que realizavam ações de APS junto com urgência/emergência.

Em relação à “Disponibilidade de Recursos e procedimentos básicos”, os serviços organizados conforme o arranjo USF e UBS/Mista foram os que apresentaram maiores frequências nos indicadores

analisados. A USF destacou-se como aquele que mais realizava “planejamento e avaliação” das práticas, enquanto a UBS/Mista foi quem mais informou disponibilizar “procedimentos e insumos básicos”. Cabe destacar que, mesmo sendo os arranjos que apresentaram maiores frequências, também, constataram-se limitações em relação aos indicadores de estrutura (Tabela 1).

Nesta mesma tabela é possível observar que os arranjos USF e UBS/Mista demonstraram semelhanças em relação à presença de alguns profissionais da equipe mínima, como por exemplo, o enfermeiro, o ACS e o gerente.

**Tabela 1** – Distribuição das frequências (absolutas e relativas) dos 2.562 serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo nos 20 indicadores do domínio “Disponibilidade de recursos e procedimentos básicos” para a atenção integral à saúde da criança, segundo o arranjo organizacional do serviço, QualiAB, 2010

INDICADORES	USF n=1313(%)	UBS n=865(%)	UBS/Mista n=384(%)	p-valor*
<b>Composição da equipe permanente (7 indicadores)</b>				
Médico de família e/ou clínico geral	1233 <sub>a</sub> (93,9)	681 <sub>b</sub> (78,8)	313 <sub>b</sub> (81,9)	<0,001
Pediatra	235 <sub>a</sub> (17,9)	661 <sub>b</sub> (76,6)	264 <sub>c</sub> (68,9)	<0,001
Enfermeiro	1268 <sub>a</sub> (96,8)	771 <sub>b</sub> (89,3)	371 <sub>a</sub> (96,9)	<0,001
Agente comunitário de saúde	1240 <sub>a</sub> (94,5)	51 <sub>b</sub> (5,9)	360 <sub>a</sub> (94,0)	<0,001
Equipe de saúde bucal	1005 <sub>a</sub> (76,5)	669 <sub>a</sub> (77,3)	323 <sub>b</sub> (84,1)	0,006
Gerente	1261 <sub>a</sub> (96,0)	807 <sub>b</sub> (93,3)	371 <sub>a</sub> (96,6)	0,005
Gerência exercida Secretário Municipal	78 <sub>a</sub> (5,9)	119 <sub>b</sub> (13,8)	79 <sub>c</sub> (20,6)	<0,001
<b>Procedimentos e insumos básicos (11 indicadores)</b>				
Teste de gravidez na urina	689 <sub>a</sub> (52,5)	504 <sub>b</sub> (58,3)	245 <sub>b</sub> (63,8)	<0,001
Teste rápido para HIV	49 <sub>a</sub> (3,7)	64 <sub>b</sub> (7,4)	25 <sub>b</sub> (6,5)	0,001
Coleta para exames clínicos laboratoriais	874 <sub>a</sub> (66,6)	578 <sub>a</sub> (66,8)	302 <sub>b</sub> (78,6)	<0,001
Coleta de material para Teste do Pezinho	528 <sub>a</sub> (40,2)	374 <sub>a</sub> (43,2)	220 <sub>b</sub> (57,3)	<0,001
Vacinação	954 <sub>a</sub> (72,7)	722 <sub>b</sub> (83,5)	342 <sub>c</sub> (89,1)	<0,001
Inalação	1166 <sub>a</sub> (88,8)	784 <sub>a,b</sub> (90,6)	360 <sub>b</sub> (93,8)	0,014
Aplicação de Penicilina Benzatina	500 <sub>a</sub> (38,1)	358 <sub>a</sub> (41,4)	223 <sub>b</sub> (58,1)	<0,001
Tratamento intramuscular	1234 <sub>a</sub> (94,0)	751 <sub>b</sub> (86,8)	367 <sub>a</sub> (95,6)	<0,001
Dispensação de medicamentos	1125 (85,7)	732 (84,6)	344 (89,6)	0,063
Disponibilidade medicamentos essenciais	831 <sub>a</sub> (63,3)	559 <sub>a</sub> (64,6)	289 <sub>b</sub> (75,3)	<0,001
Disponibilidade antibióticos mais utilizados	1235 (94,1)	814 (94,1)	359 (93,5)	0,904
<b>Planejamento e avaliação (2 indicadores)</b>				
Existência de área de abrangência planejada	1159 <sub>a</sub> (88,3)	251 <sub>b</sub> (29,0)	245 <sub>c</sub> (63,8)	<0,001
Reprogramação resultante da avaliação	788 <sub>a</sub> (60,0)	393 <sub>b</sub> (45,4)	196 <sub>b</sub> (51,0)	<0,001

\*Referente ao teste do quiquadrado. Valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si (Teste Z com correção de Bonferroni) – Legenda: USF= Unidade de Saúde da Família; UBS= Unidade Básica de Saúde “Tradicional”; UBS/Mista= Unidade Básica de Saúde “Mista”

Fonte: QualiAB, 2010

No domínio “Organização da atenção à saúde da criança” (Tabela 2), evidenciou-se, de modo geral,

baixo poder de vigilância em saúde e assistência em todos os tipos de arranjos. Os indicadores relacionados ao agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido (RN) por demanda espontânea (57,3%), as convocações de crianças de risco faltosas em consulta (62,9%) e a assistência às infecções respiratórias na infância (57,4%), são alguns dos exemplos.

As USF e UBS/Mista, respectivamente, foram os arranjos que mais se destacaram neste domínio, como na captação de crianças menores de um ano (89,9%; 88,8%), no modo de prestar a assistência odontológica para crianças até 6 anos (49,3%; 52,1%), e nas atividades educativas desenvolvidas na comunidade, como na abordagem de temas sobre aleitamento materno (70,2%; 69,3%) e situações de violência (28,1%; 31,8%). Também, foram estes arranjos que mais informaram a ausência de casos de sífilis congênita entre as gestantes acompanhadas nos últimos três anos (68,5%; 69,0%, respectivamente).

**Tabela 2** - Distribuição das frequências (absolutas e relativas) dos 2.562 serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo nos 36 indicadores do domínio “Organização da atenção à saúde da criança” para a atenção integral à saúde da criança, segundo o arranjo organizacional do serviço, QualiAB, 2010

INDICADORES	USF n=1313(%)	UBS n=865(%)	UBS/Mista n=384(%)	p-valor*
<b>Critérios de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido (RN) (5 indicadores)</b>				
Na alta, pós-parto	357 <sub>a</sub> (27,2)	367 <sub>b</sub> (42,4)	154 <sub>b</sub> (40,1)	<0,001
Na última consulta de pré-natal	190 <sub>a</sub> (14,5)	85 <sub>b</sub> (9,8)	55 <sub>a</sub> (14,3)	0,004
Por demanda espontânea	597 <sub>a</sub> (45,5)	627 <sub>b</sub> (72,5)	245 <sub>c</sub> (63,8)	<0,001
Pela maternidade ou SMS, para RN de risco	142 <sub>a</sub> (10,8)	142 <sub>b</sub> (16,4)	79 <sub>b</sub> (20,6)	<0,001
Consulta em visita domiciliar, sem agendamento	601 <sub>a</sub> (45,8)	33 <sub>b</sub> (3,8)	112 <sub>c</sub> (29,2)	<0,001
<b>Busca ativa (9 indicadores)</b>				
Convocação faltosos com exame alterado	1163 <sub>a</sub> (88,6)	718 <sub>b</sub> (83,0)	344 <sub>a</sub> (89,8)	<0,001
Convocação RN faltosos	947 <sub>a</sub> (72,1)	334 <sub>b</sub> (38,6)	256 <sub>c</sub> (66,7)	<0,001
Convocação RN de risco faltosos	964 <sub>a</sub> (73,4)	422 <sub>b</sub> (48,8)	261 <sub>c</sub> (68,0)	<0,001
Convocação crianças até dois anos faltosos	539 <sub>a</sub> (41,1)	157 <sub>b</sub> (18,2)	98 <sub>c</sub> (25,5)	<0,001
Convocação crianças de risco faltosos	957 <sub>a</sub> (72,9)	410 <sub>b</sub> (47,4)	245 <sub>c</sub> (63,8)	<0,001
Convocação faltosos em vacinação	1090 <sub>a</sub> (83,0)	665 <sub>b</sub> (76,9)	340 <sub>c</sub> (88,5)	<0,001
Busca ativa para vacinação	1205 <sub>a</sub> (91,8)	54 <sub>b</sub> (6,2)	356 <sub>a</sub> (92,7)	<0,001

INDICADORES				(Conclusão)
	USF n=1313(%)	UBS n=865(%)	UBS/Mista n=384(%)	p-valor*
Captação de menores de um ano	1181 <sub>a</sub> (89,9)	49 <sub>b</sub> (5,7)	341 <sub>a</sub> (88,8)	<0,001
Visita domiciliar	1291 <sub>a</sub> (98,3)	64 <sub>b</sub> (7,4)	375 <sub>a</sub> (97,7)	<0,001
<b>Ações de assistência na unidade (16 indicadores)</b>				
Infecções respiratórias na infância	789 <sub>a</sub> (60,1)	455 (52,6)	227 <sub>a</sub> (59,1)	0,002
Orientações Programas Sociais	1078 (82,1)	691 (79,9)	303 (78,9)	0,248
Alimentação (desnutrição e obesidade)	1244 <sub>a</sub> (94,7)	791 <sub>b</sub> (91,4)	363 <sub>a,b</sub> (94,5)	0,006
Prevenção de acidentes	880 <sub>a</sub> (67,0)	421 <sub>b</sub> (48,7)	214 <sub>c</sub> (55,7)	<0,001
Desenvolvimento neuropsicomotor	959 (73,0)	601 (69,5)	265 (69,0)	0,116
Cuidados de promoção da saúde	1061 <sub>a</sub> (80,8)	603 <sub>b</sub> (69,7)	295 <sub>a</sub> (76,8)	<0,001
Avaliação do perímetro cefálico	1046 (79,7)	671 (77,6)	301 (78,4)	0,495
Avaliação do peso, comprimento/altura	1283 (97,7)	844 (97,6)	378 (98,4)	0,619
Assistência odontológica (bebês)	546 <sub>a</sub> (41,6)	247 <sub>b</sub> (28,6)	158 <sub>a</sub> (41,1)	<0,001
Assistência odontológica (≤6 anos)	647 <sub>a</sub> (49,3)	374 <sub>b</sub> (43,2)	200 <sub>a</sub> (52,1)	0,004
Assistência odontológica (> 6 anos)	723 <sub>a</sub> (55,1)	454 <sub>a</sub> (52,5)	239 <sub>b</sub> (62,2)	0,006
Desconhecimento de casos de sífilis congênita	162 (12,3)	107 (12,4)	35 (9,1)	0,195
Ações educativas em saúde bucal	731 <sub>a</sub> (55,7)	371 <sub>b</sub> (42,9)	215 <sub>a</sub> (56,0)	<0,001
Ações educativas em aleitamento materno	1089 <sub>a</sub> (82,9)	588 <sub>b</sub> (68,0)	313 <sub>a</sub> (81,5)	<0,001
Ações educativas em situações de violência	368 <sub>a</sub> (28,0)	158 <sub>b</sub> (18,3)	103 <sub>a</sub> (26,8)	<0,001
<b>Ações na comunidade (6 indicadores)</b>				
Avaliação de acuidade visual (instituições)	271 <sub>a</sub> (20,6)	124 <sub>b</sub> (14,3)	106 <sub>c</sub> (27,6)	<0,001
Vacinação (instituições)	760 <sub>a</sub> (57,9)	460 <sub>b</sub> (53,2)	263 <sub>c</sub> (68,5)	<0,001
Ações educativas em saúde bucal (escolas)	738 <sub>a</sub> (56,2)	344 <sub>b</sub> (39,8)	225 <sub>a</sub> (58,6)	<0,001
Ações educativas em saúde bucal (creches)	566 <sub>a</sub> (43,1)	261 <sub>b</sub> (30,2)	182 <sub>a</sub> (47,4)	<0,001
Ações educativas em aleitamento materno	922 <sub>a</sub> (70,2)	390 <sub>b</sub> (45,1)	266 <sub>a</sub> (69,3)	<0,001
Ações educativas em situações de violência	369 <sub>a</sub> (28,1)	142 <sub>b</sub> (16,4)	122 <sub>a</sub> (31,8)	<0,001

\*Referente ao teste do quiquadrado. Valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si (Teste Z com correção de Bonferroni) – Legenda: USF=Unidade Saúde da Família; UBS=Unidade Básica de Saúde “tradicional”; UBS/Mista= Unidade Básica de Saúde “mista”; SMS=Secretaria Municipal de Saúde; RN=Recém-nascido

Fonte: QualiAB, 2010

Assim como nos domínios anteriores, na “Organização da atenção à gestação e à puérpera”, os

arranjos USF e UBS/Mista foram os serviços com maiores frequências. Destacaram-se as ações de busca ativa das gestantes e/ou puérperas e a maioria das ações de assistência voltadas para este grupo de mulheres (Tabela 3).

A única exceção foi para o tratamento da sífilis, no qual as UBS/Mista e UBS (respectivamente) apresentaram maiores frequências de serviços que informaram ofertar o tratamento adequado, ou mais próximo ao adequado, em relação ao arranjo da USF (tratam gestantes e parceiros = 58,9% e 51,0%; tratam gestante e encaminham parceiros = 3,4% e 4,4%), conforme apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição das frequências (absolutas e relativas) dos 2.562 serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo nos 17 indicadores do domínio “Organização da atenção à gestação e à puérpera” para a atenção integral à saúde da criança, segundo o arranjo organizacional do serviço, QualiAB, 2010

INDICADORES	USF n=1313(%)	UBS n=865(%)	UBS/Mista n=384(%)	p-valor*
<b>Busca ativa (3 indicadores)</b>				
Captação de gestantes para PN	1217 <sub>a</sub> (92,7)	53 <sub>b</sub> (6,1)	348 <sub>a</sub> (90,6)	<0,001
Convocação de gestantes faltosas	1157 <sub>a</sub> (88,1)	637 <sub>b</sub> (73,6)	341 <sub>a</sub> (88,8)	<0,001
Convocação de puérperas faltosas	973 <sub>a</sub> (74,1)	497 <sub>b</sub> (57,5)	283 <sub>a</sub> (73,7)	<0,001
<b>Ações de assistência na unidade (13 indicadores)</b>				
Oferta de pré-natal	1206 (91,9)	774(89,5)	357 (93,0)	0,068
Solicitação de Tipagem sanguínea	1194 (90,9)	762 (88,1)	350 (91,1)	0,069
Solicitação de sorologia - HIV	1219 <sub>a</sub> (92,8)	777 <sub>b</sub> (89,8)	361 <sub>a</sub> (94,0)	0,012
Solicitação de sorologia - Rubéola	708 (53,9)	479 (55,4)	201 (52,3)	0,590
Solicitação de sorologia - toxoplasmose	1170 (89,1)	765 (88,4)	356 (92,7)	0,067
Solicitação de sorologia - hepatite B	1150 (87,6)	742 (85,8)	347 (90,4)	0,076
Solicitação de sorologia - sífilis	1052 (80,1)	692 (80,0)	326 (84,9)	0,086
Trata sífilis (gestante e parceiro)	542 <sub>a</sub> (41,3)	441 <sub>b</sub> (51,0)	226 <sub>c</sub> (58,9)	<0,001
Encaminha para tratamento da sífilis (gestante e parceiro)	624 <sub>a</sub> (47,5)	293 <sub>b</sub> (33,9)	116 <sub>b</sub> (30,2)	<0,001
Trata sífilis (gestante) e encaminha (parceiro)	16 <sub>a</sub> (1,2)	38 <sub>b</sub> (4,4)	13 <sub>b</sub> (3,4)	<0,001
Grupos de gestantes	1012 <sub>a</sub> (77,1)	525 <sub>b</sub> (60,7)	298 <sub>a</sub> (77,6)	<0,001
Grupos com gestantes adolescentes	441 <sub>a</sub> (33,6)	185 <sub>b</sub> (21,4)	137 <sub>a</sub> (35,7)	<0,001
Grupos de puericultura	646 <sub>a</sub> (49,2)	261 <sub>b</sub> (30,2)	171 <sub>a</sub> (44,5)	<0,001
Educação em Planejamento familiar	1020 <sub>a</sub> (77,7)	583 <sub>b</sub> (67,4)	299 <sub>a</sub> (77,9)	<0,001

\*Referente ao teste do quiquadrado. Valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si (Teste Z com correção de Bonferroni) – Legenda: USF=Unidade Saúde da Família; UBS=Unidade Básica de Saúde “tradicional”; UBS/Mista= Unidade Básica de Saúde “mista”; PN=Pré-natal

Fonte: QualiAB, 2010

## DISCUSSÃO

Com base nas adesões municipais e na ampla cobertura dos serviços respondentes, pode-se afirmar que os resultados apresentados refletem a organização da APS do interior do estado de São Paulo, especialmente, de municípios de médio e pequeno porte.

As USF e UBS/Mista foram os arranjos com melhor conformação em direção às diretrizes preconizadas pela PNAISC<sup>3</sup>. Porém, para o conjunto dos serviços avaliados, independente do arranjo organizacional, verificaram-se falhas nos três domínios analisados.

Ainda que em baixa frequência, chama atenção a existência de serviços que informaram não atender crianças. A decisão de concentrar o atendimento infantil em um único local é relatada em outros estudos<sup>2,11</sup>, porém, ao não vincular precocemente o RN ao serviço de APS, contradiz os princípios da descentralização e da longitudinalidade do cuidado previstos na PNAISC, apresentando-se como uma importante barreira de acesso ao acompanhamento integral da criança<sup>3</sup>.

### Disponibilidade de recursos e procedimentos básicos

Em todos os indicadores deste domínio, com exceção da disponibilidade dos antibióticos mais utilizados — que não apontou diferença entre os diferentes arranjos —, foram as UBS/Mista os serviços que apresentaram maiores frequências. Porém, na saúde da criança — pelas próprias vulnerabilidades da idade e por seu estado de dependência — a disponibilidade desta estrutura torna-se extremamente relevante, pois facilita o acesso e garante a responsabilização e acompanhamento do usuário em seguimento<sup>4,6,10,17</sup>. Assim, preocupa não ter observado nenhum indicador presente na totalidade dos serviços, em especial, aqueles que apontaram para carência de recursos humanos.

Apesar da ausência de profissionais já estar relatada na literatura<sup>6-8,11-14</sup>, características como a maior concentração de médicos de família e/ou clínico geral nas USF e de pediatras nas UBS, seguido das UBS/Mista, podem representar um reflexo dos antigos modelos operacionalizados na APS, centrados no atendimento médico e especializado<sup>12,18</sup>. Para além desta questão, é importante destacar que a presença do pediatra nos serviços pode ser compreendida como uma maneira de suprir a ausência deste profissional nas USF. Entretanto, mais preocupante torna-se a ausência de ACS nas USF e UBS/Mista, uma vez que não há nestes serviços outros profissionais que exerçam suas atribuições. Este aspecto torna-se mais expressivo se considerada sua presença como diferencial na definição do modelo assistencial, uma vez que são os responsáveis pela articulação entre comunidade e serviço e por grande parte das ações de busca ativa e orientações domiciliares<sup>12-13,20-21</sup>.

O grande número de serviços que não disponibilizavam procedimentos e insumos básicos, também, é relatado por outros estudos<sup>1-2,6,15</sup> e pode ser justificado pelo grande número de serviços de pequeno porte e que, portanto, não possuem infraestrutura suficiente para manter condições mínimas de realização. No entanto, preocupa a não realização de procedimentos que independem desta estrutura, como no número de serviços que informaram não administrar penicilina benzatina, uma vez que a maioria deles informaram que realizam a aplicação intramuscular e que possuíam os antibióticos mais utilizados, como é o caso da Penicilina. Neste sentido, considerando que as UBS/Mista, seguidas das UBS foram os serviços que se mostraram mais organizados, pode-se sugerir que os serviços que possuem pediatra estão mais atentos a esta necessidade.

As ações de planejamento e avaliação foram relatadas por poucos serviços, concentrando-se em maior número nas USF, seguidas das UBS/Mistas. Este resultado torna-se mais preocupante quando analisadas as USF que não realizam delimitação da área de abrangência, pois sendo uma das principais características deste modelo, apresenta-se como uma medida essencial para o reconhecimento do território e planejamento das ações, assim como para a construção do vínculo equipe-comunidade e responsabilização pela saúde do território, valorizado em vários eixos da PNAISC<sup>3,11-13,22</sup>.

### **Organização da atenção à saúde da criança**

O objetivo da PNAISC é promover e proteger a saúde da criança, com especial ênfase na atenção à primeira infância<sup>3</sup>. Neste sentido, o nível de comprometimento e responsabilização do serviço com o preconizado nesta política pode ser mensurado pelo acesso e vínculo, que são princípios que favorecem a identificação de possíveis agravos responsáveis por óbitos evitáveis, além de proporcionarem maior confiança da mãe na assistência à saúde, facilitando a adesão às atividades<sup>6,20,21,23</sup>. Assim, considerando que a recomendação é que a vinculação da criança ocorra na primeira semana de vida do bebê, impressiona que grande parte dos serviços não garantiam o atendimento no prazo indicado, independente do arranjo organizacional. Esta situação, particularmente nas UBS, torna-se mais preocupante quando associada às ações de busca ativa, apontando este arranjo organizacional como favorável a diagnósticos tardios e complicações na saúde da criança. Em contraponto, os resultados evidenciaram as USF como os serviços com melhor organização das ações de busca ativa, muito provavelmente, pela presença de ACS fixo na equipe<sup>11,20</sup>.

Apesar das baixas frequências e da tendência de desenvolver as ações dentro da unidade, a diversidade de temas foi referida em todos os arranjos. Porém, merecem destaque as USF e UBS/Mista, por serem os arranjos que se mostraram mais organizados, ofertando atividades internas, como no caso

da assistência odontológica preventiva para bebês e crianças até 6 anos de idade e nas ações educativas em situações de violência, mas, ao mesmo tempo, fomentando a construção do vínculo e ampliação do acesso dos usuários à autonomia do cuidado, por meio de atividades promovidas em ambientes externos aos serviços<sup>1-8,11-13,23-24</sup>.

Entre o conjunto de ações avaliadas, vale chamar a atenção para o expressivo número de serviços que informaram a ocorrência de casos da sífilis congênita ou não souberam relatar a situação. Tais resultados, que evidenciaram as USF e UBS/Mista como os arranjos com menores frequências, condizem com estudos que apontam os serviços organizados conforme o modelo ESF como aqueles com melhores indicadores de qualidade, porém, ganha relevância quando considerado que se refere a um desfecho 100% evitável<sup>3,8,16,23,24</sup>.

### **Organização da atenção à gestante e à puérpera**

É consenso que a realização de um pré-natal de qualidade assegura menor propensão de morte à criança durante a infância e que a existência de protocolos e de uma alta cobertura no acompanhamento pré-natal pelos serviços de APS, não são garantia para a qualidade na assistência ofertada<sup>1,10,20-21,23,-24</sup>. Esta situação pode ser evidenciada neste domínio que demonstrou proporções de oferta de acompanhamento pré-natal semelhantes aos verificados em inquéritos realizados em São Paulo nos anos 1980 (7,7%) e 1990 (7,1%)<sup>14,25</sup>, assim como sérias limitações promovidas pela centralização do pré-natal em um único serviço<sup>2</sup>. Lembrando que esta centralização do pré-natal limita o acesso e a longitudinalidade do cuidado<sup>3</sup> e favorece uma inversão da compreensão da APS como “um referencial para a saúde e não para a doença”<sup>20-21</sup>, sendo esperado que resulte no aumento do risco de agravos para a mulher gestante e a criança.

Entre os serviços que afirmaram realizar o acompanhamento ao pré-natal, as UBS foram os serviços menos organizados para a detecção precoce e prevenção de agravos ao feto. Entretanto, independente do arranjo organizacional, evidenciaram-se limitações que vão desde busca ativa até as ações de assistência clínica e de orientações em grupos. Estes resultados, exemplificados pela captação de gestantes para inscrição no pré-natal, pela oferta de tratamento da sífilis em gestantes acompanhadas pelo serviço e pelas orientações sobre planejamento familiar, corroboram com estudos que apontam falhas na assistência à gestante e puérpera, justificadas pelas perdas de seguimento e identificações tardias de condições de risco à saúde<sup>14,20-21,23-24</sup>.

Especialmente em relação à busca ativa, apesar dos arranjos USF e UBS/Mista serem os que mais informaram sua realização, merece destaque o maior comprometimento daqueles que realizam esta ação

mesmo sem a presença do ACS<sup>12-13</sup>, como no caso das convocações de gestantes e puérperas faltosas pelas UBS. As variações nos números de solicitação de exames durante o pré-natal, apesar de relatado pela literatura<sup>20-21,23</sup>, foi outra questão que chamou a atenção em todos os arranjos, uma vez que possibilitam o diagnóstico precoce de uma série de afecções originadas na gestação e seu devido tratamento<sup>3,10,20-21,24</sup>. Porém, mantendo coerência com os serviços que mais informaram realizar aplicação da penicilina benzatina, a UBS/Mista foi o arranjo que demonstrou maior preocupação com o diagnóstico e tratamento da sífilis entre suas gestantes, ganhando maior relevância quando considerado que a prevenção da transmissão vertical da sífilis é a primeira estratégia apontada na PNAISC<sup>3</sup> e que sua prevalência continua aumentando em todo país<sup>24</sup>.

É importante salientar que as reflexões neste estudo apresentam limitações inerentes às avaliações de autorresposta por adesão voluntária e em relação ao ano de coleta dos dados, mas que, no entanto, demonstraram-se apropriadas para a análise dos modelos organizacionais operacionalizados nos serviços de APS do estado de São Paulo, evidenciando e reforçando a necessidade de investimentos na organização dos serviços de APS que valorizem a capacitação técnica, mas, também, o compromisso e a responsabilização dos profissionais envolvidos.

## CONCLUSÃO

Considerando que as tecnologias de atenção à saúde integram o processo de reprodução social e têm os serviços de saúde como *locus* privilegiado de intervenção – participando, assim, do processo de criação e organização das condições necessárias ao desenvolvimento da vida política, social e econômica –, os domínios analisados permitiram avaliar a organização destas práticas e sua coerência com as proposições políticas enunciadas para a saúde desse grupo, buscando identificar os diferenciais em cada arranjo organizacional operado no estado.

Evidenciaram-se diferenças na disponibilidade de estrutura entre os arranjos. Porém, preocupam as distinções entre as características de processo que não contemplam a atenção integral, já incorporadas nas políticas públicas brasileiras, reforçando que enquanto a percepção de um novo modelo assistencial não deixar de ser uma política e passar a ser executado nos serviços, a prática centrada na consulta médica, na falta de planejamento e de acompanhamento, não será transformada, mesmo entre as USF.

Confirmaram-se as USF e UBS/Mista como os arranjos organizacionais que melhor respondem ao modelo assistencial proposto para a atenção à saúde da criança na APS, comprovando que a integração entre o modelo tradicional e novo pode ser apresentada como uma solução na busca pela melhoria da qualidade dos serviços deste nível de atenção.

Constatou-se, ainda, que o fator responsável pela diferença na qualidade organizacional destes serviços foram as ações de vigilância em saúde e busca ativa, permitindo novas indagações sobre a composição da equipe mínima, em especial, sobre a presença do ACS - um dos principais responsáveis por tais práticas.

As mudanças nas diretrizes políticas que orientam as ações na APS implementadas nos últimos anos, como a não exigência de um número mínimo de ACS por equipe de USF e a sobreposição de responsabilidades desse profissional, preconizadas pela PNAB 2017, vão em sentido oposto aos resultados encontrados. Essas medidas, ao lado das restrições orçamentárias impostas ao SUS, a um tempo que constroem o aprimoramento das ações na APS, tornam a busca por mecanismos de apoio à qualidade dos serviços ainda mais importante.

## REFERÊNCIAS

1. 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(4): 912-26.
2. 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.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015.
4. Sanine PR, Castanheira ERL. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* 2018; 25(1).
5. Motta A, Schraiber LB (org.). *Infância e saúde: perspectivas históricas.* São Paulo, Hucitec/Fapesp; 2009.
6. Malta DC, et al. Preventable deaths in childhood, according to actions of the Unified Health System, Brazil. *Rev. bras. epidemiol.* 2019; 22: e190014.
7. Barros PS, Aquino EC, Souza MR. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. *RevSaude Publica.* 2019; 53:12.
8. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9780): 1863–76.
9. SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Desenvolvimento da Primeira Infância. [2021]. Disponível em: <http://www.ippi.seade.gov.br/frontend/#/>. Acesso em 21/05/2021.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.
11. Venancio SY, Rosa TEC, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2016; 16:283-93.
12. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família

- na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21:1499-509.
13. Flôr CR, et al. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(4): 714-26.
  14. Monteiro CA, Medina MCG, Benicio MHDA, Meyer M. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985. *Rev Saúde Pública*. 1988; 22(3):170-8.
  15. Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Rev Saúde Debate*. 2014; 38: 679-91.
  16. Santos NCCB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34 (1): e00014216.
  17. Pinto Junior EP, Aquino R, Medina MG, Silva MGC. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34 (2): e00133816.
  18. Schraiber LB, Vilasbôas ALQ, Nemes MIB. Programação em saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. (orgs.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro - MedBook, 2014, v.1, p. 83-93.
  19. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saúde soc*. 2011; 20 (4): -.
  20. Sanine PR, et al. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35 (10): e00103118.
  21. Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG, Tanaka OY. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de Atenção Primária do município de São Paulo: a ótica dos profissionais. *Cad. Saúde Pública*. 2021 (Prelo).
  22. Nunes LO, et al. Importância do gerenciamento local para uma Atenção Primária à Saúde nos moldes de Alma Ata. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2018; 42: e 175.
  23. Freitas CHSM, et al. Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35 (6): e00170918.
  24. Figueiredo DCMM, et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 36 (3): e00074519.
  25. Monteiro CA, França Junior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (6): 19-25.