

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DE CICLOS DE VIDA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE
GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA
NÚCLEO DE SAÚDE DA CRIANÇA

CADERNOS
de
SAÚDE DA CRIANÇA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA CRIANÇA NO DISTRITO FEDERAL, 2013**

**Brasília – DF
2014**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DE CICLOS DE VIDA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE
GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA
NÚCLEO DE SAÚDE DA CRIANÇA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA CRIANÇA NO DISTRITO FEDERAL, 2013**

Cadernos de Saúde da Criança, nº 1

**Brasília – DF
2014**

EQUIPE TÉCNICA

Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF)

Cláudio José Ferreira Lima Júnior

Ricardo Saraiva Aguiar

Fernanda Viera de Souza Canuto

Miriam Oliveira dos Santos

Juliana Thomas de Vasconcelos

Coordenações Regionais de Saúde da Criança

Asa Norte

Maria Neide A. Silva

Asa Sul

Márcia Caldas Agapito

Brazlândia

Edenir A. R. Andrade

Ceilândia

Vanessa V. Cardoso

CNBRFPW

Wilna Célia de Souza

Gama

Beatrice Maria H. Viegas

Guará e Estrutural

Leila Patrícia B. Guimarães

Paranoá e Itapuã

Sandra Maria de Aquino

Planaltina

Fátima A. Lacerda

Recanto das Emas

Antônio dos Santos Neto

Santa Maria

Simone Fernandes Tavares

São Sebastião

Suzana Márcia M. de Azevedo

Sobradinho

Raimunda Mendes Brito

Taguatinga e Águas Claras

Elkyane Arraes

APRESENTAÇÃO

A saúde é um direito social consignado no texto constitucional e, dessa forma, constitui-se em um direito básico, o qual deve abranger todos os cidadãos, buscando garantir uma vida digna, saudável e de boa qualidade, em especial, nos primeiros anos de vida.

Considerando a complexidade do setor saúde, que envolve processos sociais e históricos, a avaliação das ações e serviços se torna extremamente necessária e também complexa. Culturalmente esta prática se desenvolveu no sentido de avaliar para punir. Reverter este entendimento é tarefa que vem sendo sistematicamente trabalhada tanto na gestão quanto na academia.

De acordo com Brasil (2005) a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.

Pautado nesse entendimento, a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde da criança no Distrito Federal foi realizada em 2013, junto aos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O resultado desta avaliação demonstra que os serviços vêm adotando estratégias exitosas na busca de maior qualidade da assistência infantil. Todavia, os resultados evidenciam também que ainda é preciso concentrar esforços para enfrentar as desigualdades regionais, fortalecer a priorização dos grupos de crianças consideradas vulneráveis ou com critérios de risco bem como o seguimento da criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e, por conseguinte, alcançar melhores índices nos indicadores infantis.

Nesse sentido ganha significado prosseguir com o planejamento estratégico pautado no resultado deste processo avaliativo, garantindo a reorganização dos

processos de trabalho nas UBS, o estímulo a práticas educativas e a continuidade dos processos de monitoramento e avaliação.

Ante o exposto, é com satisfação que apresentamos o primeiro volume dos Cadernos de Saúde da Criança, desejando que seja proveitoso e direcione as ações em benefício das crianças e do DF.

ROSALINA ARATANI SUDO

Subsecretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SES-DF)

INTRODUÇÃO

A luz dos conhecimentos atuais, a infância é considerada como decisiva para o desenvolvimento saudável do ser humano. Por isso, a atenção integral à criança exige prioridade na organização dos cuidados à saúde de uma comunidade, pois requer a adoção de linhas estratégicas de intervenção que evidenciem a integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. Para esse fim, o NUSC adota como linhas de cuidado:

- a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- a atenção à saúde do recém-nascido, em especial aqueles em situação de vulnerabilidade;
- o incentivo e a qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil;
- a prevenção de violências e a promoção da cultura de paz;
- a atenção integral às doenças prevalentes na infância e
- a vigilância e monitoramento do óbito fetal e infantil.

A partir desse reconhecimento das linhas de cuidado prioritárias e, ao se abordar a assistência à saúde infantil no contexto da integralidade, pretendemos facilitar o processo de reconhecimento da existência dos direitos do sujeito “criança”, promover uma sensibilização que evidencie as necessidades reais desse público, facilitar a superação dos entraves existentes em função da desarticulação entre os diversos níveis de atenção e, dessa forma, permitir a qualificação continuada da atenção prestada pela rede de saúde.

Nesse sentido, um passo importante para confirmar o compromisso de gestores e trabalhadores proverem qualidade de vida à criança, tem-se o monitoramento contínuo dos indicadores de saúde, a exemplo da taxa de mortalidade infantil. Além desse, as atividades ofertadas e executadas rotineiramente pelos serviços de saúde devem ser avaliadas periodicamente em conformidade com os atributos da APS (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientações familiar e comunitária).

Portanto, o conteúdo desse material traz o resultado das avaliações dos serviços de APS realizadas no ano de 2013, em parceria com as Coordenações Regionais de Saúde da Criança (PAISC/GPP/DIRAPS/CGS/SES-DF), com a Gerência de Gestão da APS (GEG/DIGAPS/SAPS/SES-DF) e com a Gerência de Monitoramento e Avaliação (GEMA/DIGAPS/SAPS/SES-DF), cujos objetivos são de possibilitar a identificação dos avanços, das falhas, das necessidades e das potencialidades, bem como facilitar a revisão dos processos de trabalho executados nas equipes das diversas localidades; e promover a consequente sensibilização dos profissionais e gestores, além do enfrentamento de um grande desafio: *permitir que cada criança se desenvolva com todo o seu potencial possível.*

REFERENCIAL TEÓRICO

Na década de 70 e início dos anos 80, ecoavam no Brasil os princípios de Alma Ata, que encontraram no Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária um forte aliado (BRASIL, 2007). Esse movimento, lutando pela implantação de um sistema gratuito e universal, teve sua expressão máxima na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde incorporado na Constituição Federal de 1988. Desse momento em diante, a APS foi se consolidando como o ponto de atenção preferencial do primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde.

Diante disso, o Ministério da Saúde brasileiro baseou-se em experiências prévias nacionais e de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial. Esses países organizaram seus sistemas de saúde priorizando o acesso universal com cuidado continuado, integral e coordenado, junto a comunidades e ao seu contexto social, ou seja, desenvolveram sistemas com forte orientação para a APS. No Brasil, o alicerce da mudança assistencial iniciou com experiências isoladas em Niterói, Porto Alegre e outros locais, e foi consolidar-se com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e, posteriormente, com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994 (BRASIL, 2004).

Quanto à saúde da criança, na primeira metade da década de 1980 iniciou-se o desenvolvimento de programas relacionados ao Incentivo do Aleitamento Materno e em 1984 foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) para o enfrentamento das condições adversas vivenciadas na infância a partir de uma capacitação para profissionais de saúde em todo o país.

No DF, a existência desse programa se concretizou durante a década de 90 com a criação de uma coordenação do PAISC em cada Regional de Saúde. As referidas coordenações atualmente estão subordinadas às Gerências de Políticas e Programas (GPP/DIRAPS/CGS/SES-DF) das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS/CGS/SES-DF).

Além de apoiar as ações do NUSC, as coordenações também fortalecem e aprimoram o elo entre as regionais e a administração central; monitoram os

indicadores e metas pactuadas relacionadas à saúde da criança; acompanham a implantação de políticas e programas estratégicos; monitoram as atividades nas UBS, de acordo com o perfil epidemiológico do território adstrito; bem como presta assessoramento nas atividades de capacitação, aperfeiçoamento e pesquisa em saúde.

Baseado nesse contexto, torna-se imprescindível uma produção de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde devido ao momento de forte expansão da APS no Brasil e, particularmente, no DF.

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

Com a finalidade de avaliar as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas UBS, foi criado um Instrumento de Supervisão das Ações do PAISC em meados de 2008 que, desde então, era aplicado a cada 6 a 12 meses.

Mas, em função das concepções organizativas do SUS, o referido instrumento ficou, em sua maior parte, obsoleto. Nesse sentido, diversos ajustes foram realizados que, com o passar do tempo, tornou-o extenso e dificultou sua utilização nos serviços, bem como a análise posterior.

Houve, então, uma tentativa de adequá-lo ao contexto vigente e nas atividades de supervisão dos PAISC de 2012, utilizou-se o referido instrumento (setembro a novembro). À medida que as análises regionais foram finalizadas, as dificuldades (em especial, a quantidade de itens avaliados) foram novamente evidenciadas.

A partir daí, nas reuniões técnicas do NUSC discutiu-se sobre os entraves identificados, de modo que surgiu a proposta de reformulação ou criação de um novo instrumento. A demanda sobre esse novo modelo para o monitoramento e avaliação foi, por conseguinte, apresentada nas reuniões ordinárias do PAISC (dezembro de 2012 e fevereiro de 2013) com resposta positiva das coordenações.

Nesse intervalo, construiu-se um novo Instrumento de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança (APÊNDICE 1), durante o primeiro semestre de 2013, com base em outros documentos validados nacionalmente e internacionalmente, como: *Primary Care Assessment Tool*, versões PCAToll-Brasil e *Johns Hopkins University*; e Avaliação para Melhoria e Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

Como parâmetro de avaliação, foram utilizados os atributos da APS propostos por Bárbara Starfield (1998), a saber: atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). Além desses, avaliou-se também a organização do serviço para planejamento da equipe.

Nesse sentido, Starfield definiu os atributos como:

1. **Acesso:** envolve a localização da unidade de saúde próxima da população à qual atende, os horários e dias em que as unidades funcionam, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos do acesso.
2. **Integralidade:** parte do pressuposto que as unidades de saúde devem estar preparadas para atender às necessidades de saúde da população. Esse parâmetro inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para outros níveis (consultas especializadas, nível terciário, internação domiciliar e outros serviços comunitários).
3. **Longitudinalidade:** pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de saúde deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade. Além disso, o vínculo da população com a unidade requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
4. **Coordenação do Cuidado:** pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.
5. **Orientação Familiar:** pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição de riscos à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento de problemas relacionados à limitação de recursos familiares.
6. **Orientação Comunitária:** implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem em um contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração.

PERCURSO METODOLÓGICO

O objetivo principal desta análise é construir um conjunto de informações que permitam visualizar o desempenho da atenção primária à saúde da criança, segundo a visão dos profissionais nas Regionais de Saúde do DF. Com elas, será possível visualizar a atenção à saúde oferecida a esta clientela e, assim, planejar ações que foquem o cuidado integral a partir da realidade local de cada equipe e UBS.

O Instrumento utilizado nesta análise contém 73 perguntas (APÊNDICE 1) e foi delineado para ser respondido por um profissional de saúde de nível superior que atende crianças (enfermeiro, médico de família ou pediatra) nas equipes de APS (Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Atenção Básica e Equipes de Modelo Tradicional).

As perguntas incluem questões referentes aos atributos da APS e sobre a organização do serviço para planejamento da equipe. Cada um desses atributos estão relacionados a um determinado número de ações específicas da prática clínica dos profissionais na saúde da criança.

A pesquisa foi antecedida pela realização de uma oficina com os Gerentes de Políticas e Programas e com os Coordenadores Regionais de Saúde da Criança no dia 15 de agosto de 2013. Nesta oficina, abordaram-se temas relativos à reorganização da APS no DF (tipos de serviços, ações estratégicas de reorganização, territorialização e diagnóstico situacional). Discutiu-se ainda os objetivos da pesquisa, experiências anteriores e seus desdobramentos para a atenção primária à saúde da criança.

Após a apresentação, foram entregues envelopes para os gestores presentes contendo os Instrumentos de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança. Para os que não puderam participar da oficina, os envelopes foram enviados à respectiva DIRAPS, após contato prévio.

O Instrumento mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato [A], integralidade [I], longitudinalidade [L] e coordenação do cuidado [C]) e de dois atributos derivados (orientação familiar [OF] e orientação comunitária [OC]) da APS.

Esse instrumento possibilita por meio de respostas tipo *Likert* (4 = sempre; 3 = muitas vezes; 2 = algumas vezes; 1 = nunca; 0 = não sabe/sem registro) construir escores de APS com intervalo de 0 a 4 para cada atributo, que são posteriormente transformados em uma escala de 0 a 10.

A transformação da escala tipo *Likert* de 0 a 4 para escores de 0 a 10 foi realizada utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}$$

O escore final de cada um desses atributos é formado pela média das respostas de seus itens (perguntas). A média entre os escores dos atributos essenciais produz o Escore Essencial da APS (EE), a dos escores dos atributos derivados produz o Escore Derivado da APS (ED) e a do escore de organização do serviço para planejamento da equipe produz o Escore de Planejamento da Equipe (EP).

Para cálculo do EE, ED e EP, as fórmulas são:

$$\text{EE} = \frac{A + I + L + C}{4} \quad \text{ED} = \frac{OF + OC}{2} \quad \text{EP} = \frac{\text{SOMA DAS RESPOSTAS}}{11}$$

A média dos escores (EE, ED e EP) de todos os atributos produz o Escore Geral da APS (EG), sendo utilizada a seguinte fórmula para cálculo:

$$\text{EG} = \frac{A + I + L + C + OF + OC + EP}{7}$$

Esses escores permitem agrupar os serviços de saúde em **excelente desempenho**, sem necessidade de melhorias significativas; **muito bom desempenho**, com poucas áreas a serem aprimoradas; **bom desempenho**, mas

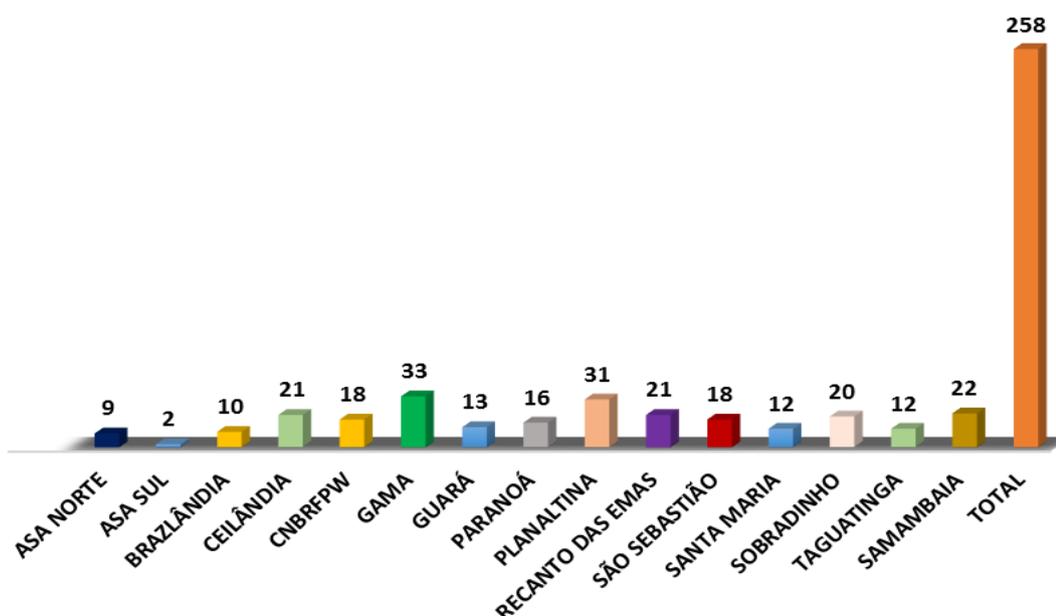
com várias áreas que necessitam de aprimoramento; **desempenho razoável**, com possibilidade de melhorias; e **desempenho ruim**, com necessidade de melhorias significativas.

ESCORE	INTERPRETAÇÃO
9 a 10	Excelente Desempenho, sem necessidades de melhorias
8 a 8,9	Muito Bom Desempenho, com poucas áreas a serem aprimoradas
7 a 7,9	Bom Desempenho, mas com várias áreas que necessitam de aprimoramento
6 a 6,9	Desempenho Razoável, com possibilidade de melhorias
< 6	Desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas

RESULTADOS

A avaliação dos atributos da APS na saúde da criança compreendeu toda a rede de serviços primários do DF no ano de 2013. Dessa forma, o Gráfico 1 apresenta a distribuição da quantidade de equipes por Regional de Saúde que participaram desta avaliação. Percebe-se que houve a adesão de todas as 15 Regionais com a participação de 258 equipes de saúde.

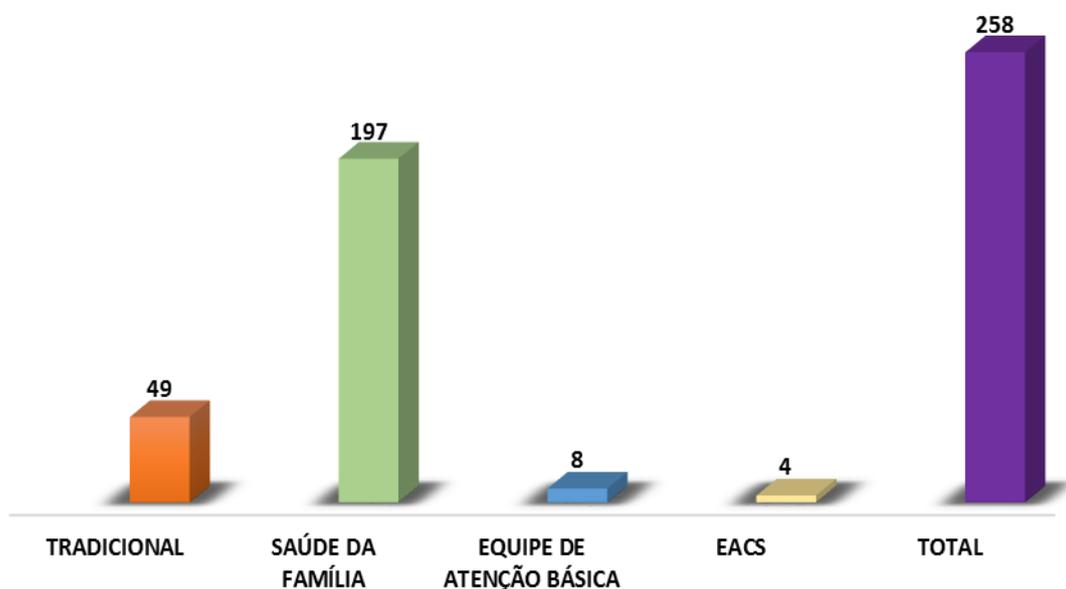
Gráfico 1. Distribuição da quantidade de equipes por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Quanto ao modelo de atenção, houve a participação de 49 Equipes de Modelo Tradicional, 197 ESF, 8 Equipes de Atenção Básica (EAB) e 4 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), conforme demonstra o Gráfico a seguir.

Gráfico 2. Distribuição das equipes quanto ao modelo de atenção, Distrito Federal, 2013.



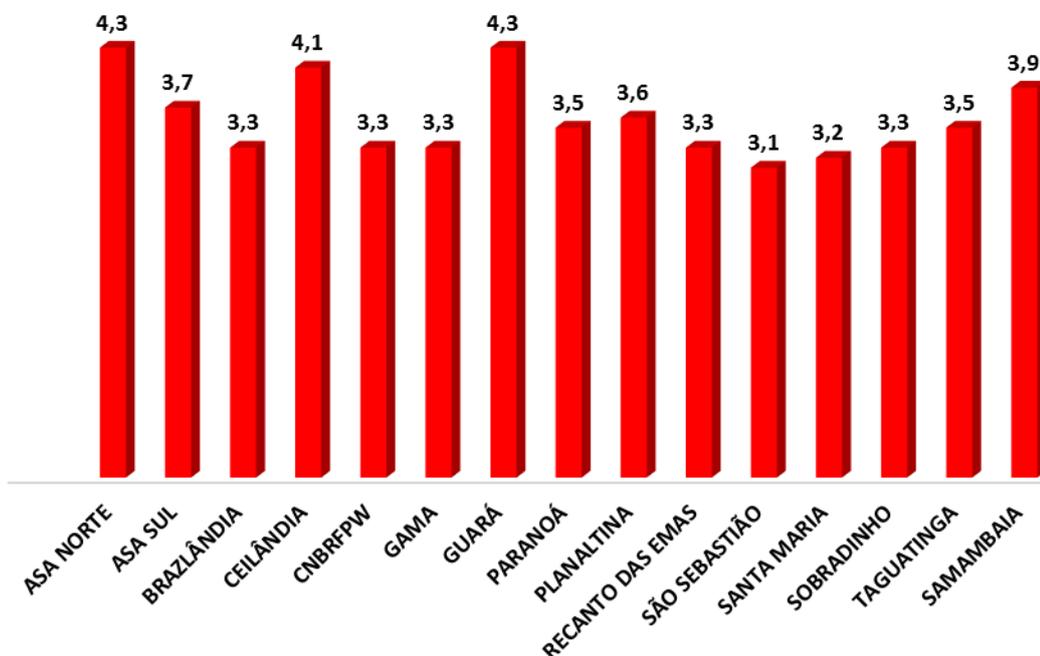
FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

O acesso envolve a localização da Unidade de Saúde próxima da população à qual atende, os horários e dias em que estas unidades funcionam, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos.

É um atributo de fundamental importância, pois se a criança não consegue acessar os serviços de saúde, os outros princípios da APS não são alcançados. Baseado nisso, o Gráfico 3 mostra o resultado da avaliação da acessibilidade das crianças às equipes nas 15 Regionais de Saúde. Pode-se observar que esse escore apresenta um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas** em todo o DF.

Gráfico 3. Distribuição do atributo de **Acesso** na APS na saúde da criança por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Esse atributo, junto com a Orientação Comunitária, foram os que alcançaram os valores mais baixos entre todos os princípios da APS avaliados.

Entre os elementos que compõem o acesso, verificou-se que no DF em 61% das equipes as crianças podem ter acesso a uma consulta no prazo de 24 horas; 82% delas devem passar por consulta na UBS antes que o acompanhante procure outro nível de atenção; 28% esperam mais que 30 minutos para ser atendida por um profissional de saúde; 6% das equipes oferecem serviços após as 18 horas e 1% desenvolvem atividades nos finais de semana.

Quanto ao acesso da criança de acordo com o modelo de organização da equipe no DF, percebe-se que as EACS (2) apresentaram uma avaliação menor em comparação com as ESF (3,5), EAB (3,4) e Equipes Tradicionais (4) [TABELA 1].

Tabela 1. Distribuição do atributo **Acesso** na saúde da criança por modelo de organização da equipe, Distrito Federal, 2013.

MODELO DE ATENÇÃO	ACESSO
ESF	3,5
Modelo Tradicional	4
EAB	3,4
EACS	2

FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

LONGITUDIALIDADE

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção à saúde e o seu uso ao longo do tempo. Assim, a UBS deve ser capaz de identificar sua população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade e, com isso, promover vínculo e o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam em cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

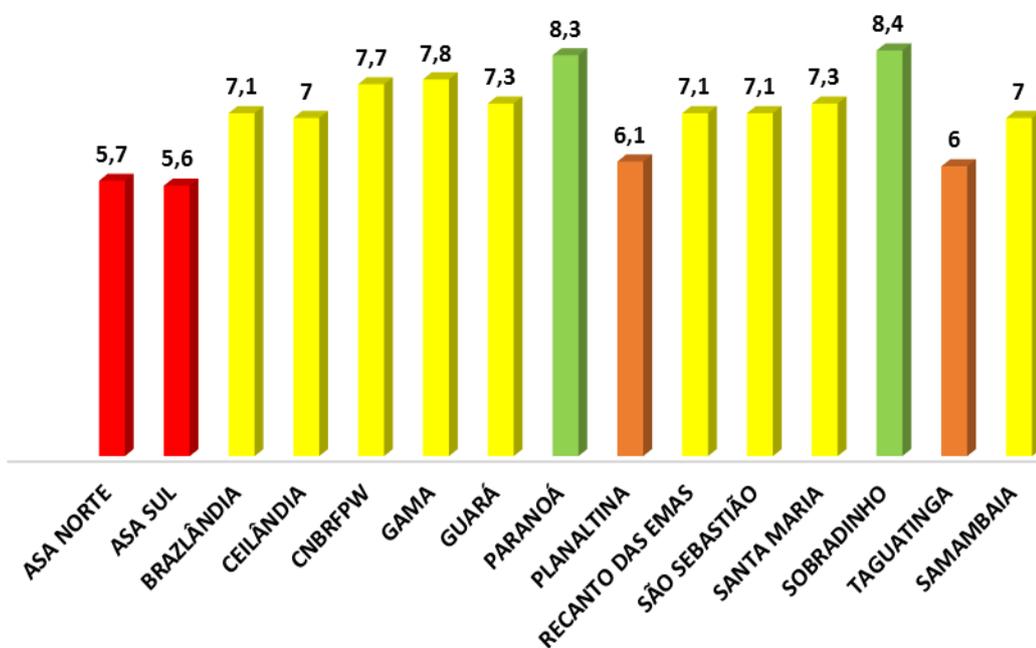
A existência do vínculo facilita a comunicação e a confiança do usuário/família/cuidador e tem sido descrito como um elemento importante para a realização de ações preventivas e para o seguimento da criança na APS.

Nesse sentido, o Gráfico 4 apresenta a avaliação da longitudinalidade nas Regionais de Saúde e percebe-se que a Asa Norte (5,7) e a Asa Sul (5,6) apresentaram um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas**; Planaltina (6,1) e Taguatinga (6) teve um **desempenho razoável, com possibilidade de melhorias**; Brazlândia (7,1), Ceilândia (7), CNBRFPW (7,7), Gama (7,8), Guará (7,3), Recanto das Emas (7,1), São Sebastião (7,1), Santa Maria (7,3) e Samambaia (7) apresentam-se com um **bom desempenho, mas com várias áreas que necessitam de aprimoramento**; Paranoá (8,3) e Sobradinho (8,4) tiveram um **muito bom desempenho, com poucas áreas a serem aprimoradas**.

Entre os elementos que compõem a longitudinalidade, verificou-se que no DF 92% dos profissionais utilizam o prontuário das crianças em todos os atendimentos; 88% acham que na sua equipe os profissionais dão tempo suficiente

para que o cuidador(a) possa explicitar suas dúvidas e preocupações; 85% afirmam que o cuidador(a) tem a possibilidade de falar com o mesmo profissional que atendeu a criança caso haja dúvidas em relação ao tratamento proposto; 62% das crianças são examinadas pelo mesmo profissional a cada vez que consultam; 55% das equipes possuem sua população infantil cadastrada e que 39% possuem registro atualizado das crianças/adolescentes até os 14 anos.

Gráfico 4. Distribuição do atributo de **Longitudinalidade** na APS na saúde da criança por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Quanto a avaliação da longitudinalidade de acordo com o modelo de organização da equipe no DF, percebe-se que as ESF (7,5) e as EAB (7,1) apresentaram uma avaliação melhor em comparação com as Equipes Tradicionais (6,1) e EACS (5,8) [TABELA 2].

Tabela 2. Distribuição do atributo **Longitudinalidade** na saúde da criança por modelo de organização da equipe, Distrito Federal, 2013.

MODELO DE ATENÇÃO	LONGITUDINALIDADE
ESF	7,5
Modelo Tradicional	6,1
EAB	7,1
EACS	5,8

FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

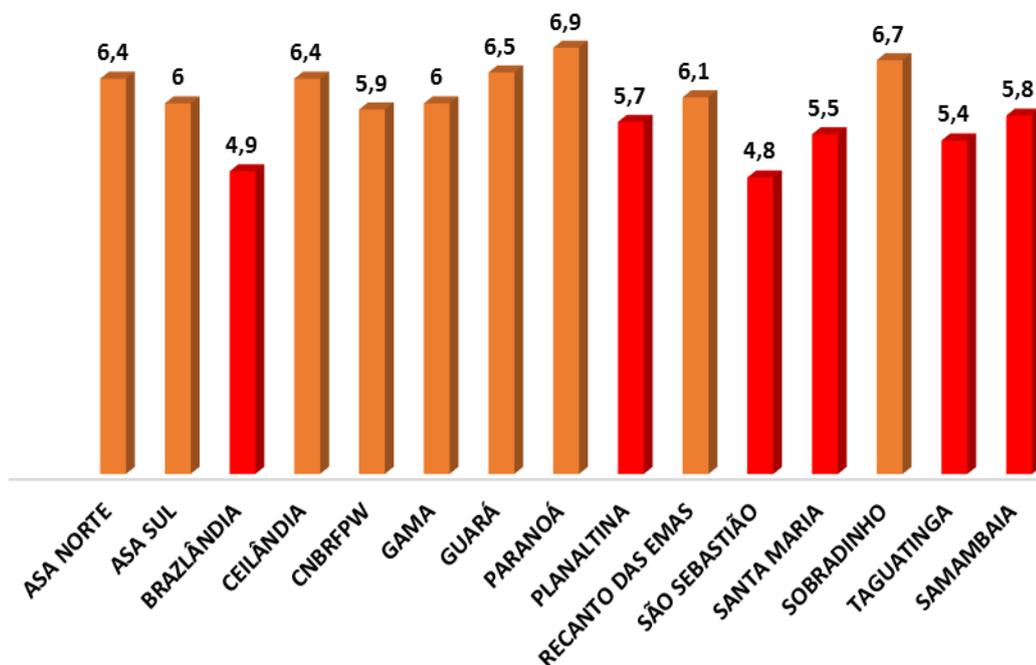
COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A coordenação do cuidado pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.

Refere-se ainda a capacidade da APS em funcionar como eixo organizador do sistema de saúde. Para servir como fonte de uso regular, a APS precisa coordenar não apenas o acesso das crianças aos outros níveis de atenção, mas também deve agregar as informações dela na UBS.

Dessa forma, o Gráfico 5 apresenta a avaliação da coordenação do cuidado nas Regionais de Saúde e percebe-se que Brazlândia (4,9), Planaltina (5,7), São Sebastião (4,8), Santa Maria (5,5), Taguatinga (5,4) e Samambaia (5,8) apresentam um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas**. As Regionais que apresentam-se com **desempenho razoável, com possibilidade de melhorias** são: Asa Norte (6,4), Asa Sul (6), Ceilândia (6,4), CNBRFPW (5,9), Gama (6), Guará (6,5), Paranoá (6,9), Recanto das Emas (6,1) e Sobradinho (6,7).

Gráfico 5. Distribuição do atributo de **Coordenação do Cuidado** na APS na saúde da criança por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Entre os elementos que compõem a coordenação do cuidado, verificou-se que no DF 61% das equipes monitoram os indicadores de saúde da criança; 39% realizam visita domiciliar ao recém-nascido em até 5 dias de vida; 51% fazem a primeira consulta ao recém-nascido em até 7 dias de vida; 43% realizam busca ativa das crianças faltosas e 24% alimentam o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Identificou-se ainda que 57% das equipes possuem profissional disponível para a administração de vacinas; que 53% realizam reunião de equipe semanalmente; 47% discutem casos sentinelas; 67% disponibilizam momentos de discussões sobre o processo de trabalho e planejamento das ações e 35% realizam educação em saúde para os profissionais nessas reuniões. No que diz respeito aos problemas de saúde das crianças, 71% das equipes se sentem seguros para respondê-los; 77% utilizam as normas definidas para referência e contrarreferência; 75% discutem com o cuidador(a) os locais disponíveis para referência; 91%

fornece informações escritas para que seja entregue ao local referido, mas somente 19% recebem informações escritas sobre os resultados das consultas com os especialistas.

Em 70% das equipes há uma conversa com o cuidador(a) sobre o atendimento com o especialista; 23% revisam a necessidade de referência para outros níveis de atenção quando há necessidade e 80% dos óbitos fetais e infantis foram investigados nos últimos 12 meses.

Quanto a avaliação da coordenação do cuidado de acordo com o modelo de organização da equipe no DF, percebe-se que as ESF (6) e as Equipes Tradicionais (6,1) comportaram-se de modo semelhante. As EAB (5) e EACS (4,2) apresentaram uma avaliação menor em comparação com as outras equipes [TABELA 3].

Tabela 3. Distribuição do atributo **Coordenação do Cuidado** na saúde da criança por modelo de organização da equipe, Distrito Federal, 2013.

MODELO DE ATENÇÃO	COORDENAÇÃO DO CUIDADO
ESF	6
Modelo Tradicional	6,1
EAB	5
EACS	4,2

FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

INTEGRALIDADE

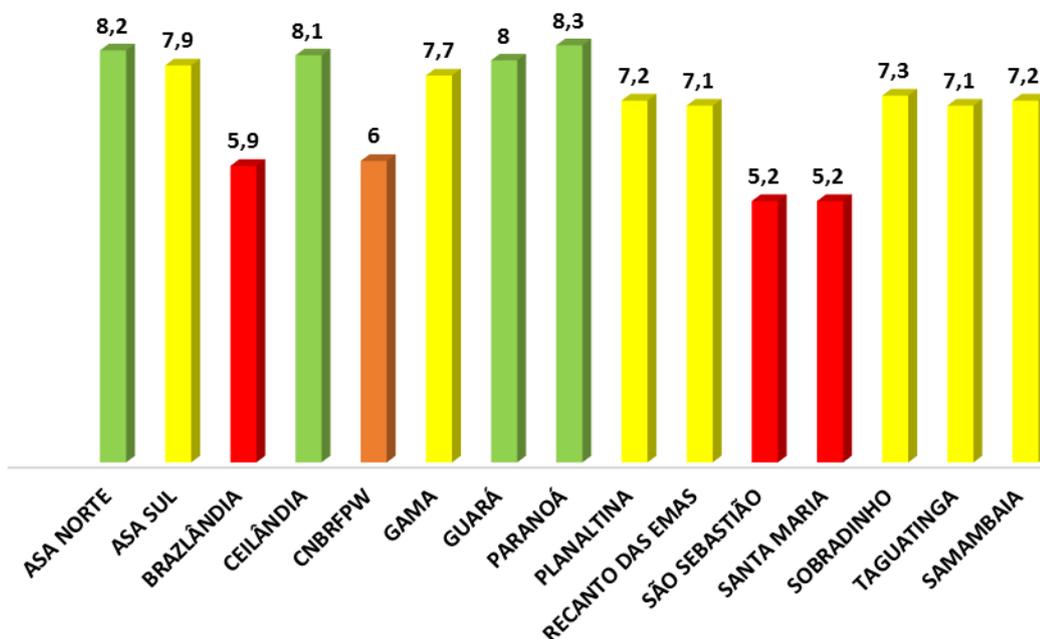
A integralidade parte do pressuposto que as UBS devem estar preparadas para atender às necessidades de saúde da população. Esse parâmetro inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para outros níveis (consultas especializadas, nível secundário e terciário, internação domiciliar, entre outros serviços comunitários).

Baseado nisso, o Gráfico 6 apresenta a avaliação da integralidade nas Regionais de Saúde e percebe-se que Brazlândia (5,9), São Sebastião (5,2) e Santa Maria (5,2) apresentam um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias**

significativas; CNBRFPW (6) apresenta um desempenho razoável, com possibilidade de melhorias; Asa Sul (7,9), Gama (7,7), Planaltina (7,2), Recanto das Emas (7,1), Sobradinho (7,3), Taguatinga (7,1) e Samambaia (7,2) apresentaram um bom desempenho, mas com várias áreas que necessitam de aprimoramento e a Asa Norte (8,2), Ceilândia (8,1), Guará (8) e Paranoá (8,3) tiveram muito bom desempenho, com poucas áreas a serem aprimoradas.

Entre os elementos que compõem a coordenação do cuidado, verificou-se que no DF 66% das equipes oferecem assistência odontológica preventiva; 55% assistência odontológica curativa; 54% fornecem educação em saúde sobre acidentes domésticos; 45% sobre violências; 75% sobre nutrição; 72% ofertam administração de Vitamina A e 81% das equipes abordam os sinais de risco/perigo e vulnerabilidade nas crianças para definir prioridade de atendimento e acompanhamento.

Gráfico 6. Distribuição do atributo de **Integralidade** na APS na saúde da criança por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Quanto a avaliação da integralidade de acordo com o modelo de organização da equipe no DF, percebe-se que as Equipes Tradicionais (8,1) apresentaram uma avaliação melhor do que os outros modelos: ESF (6,9), EAB (7,6) e EACS (3,3) [TABELA 4].

Tabela 4. Distribuição do atributo **Integralidade** na saúde da criança por modelo de organização da equipe, Distrito Federal, 2013.

MODELO DE ATENÇÃO	INTEGRALIDADE
ESF	6,9
Modelo Tradicional	8,1
EAB	7,6
EACS	3,3

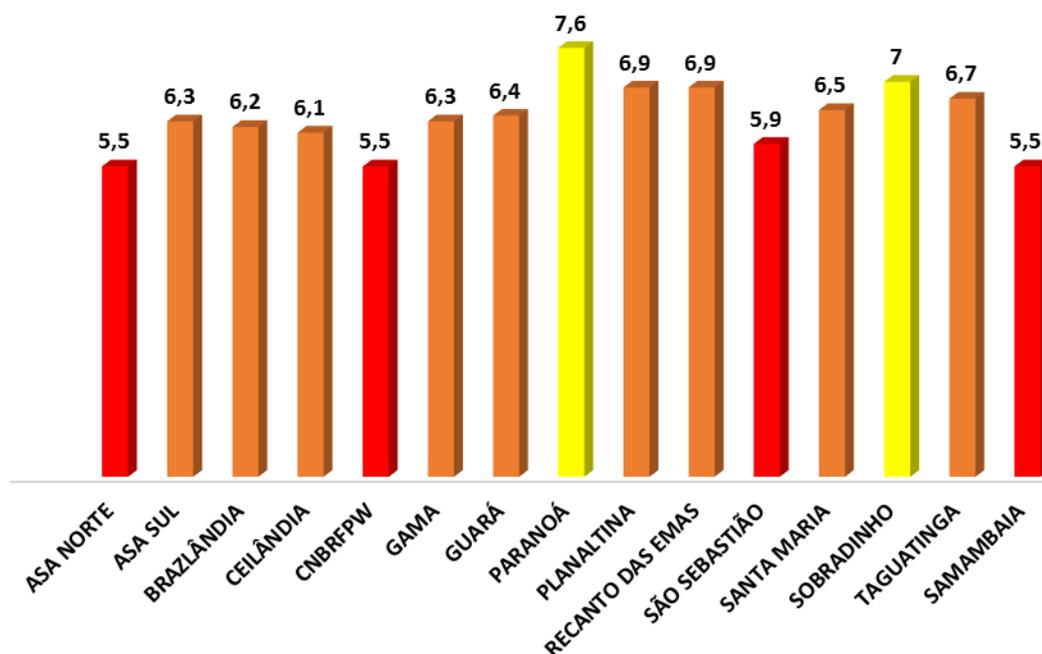
FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

A orientação familiar pressupõe a consideração do indivíduo no seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar seu contexto familiar e a sua exposição aos riscos de saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento dos problemas relacionados à limitação de recursos familiares.

Nesse sentido, o Gráfico 7 apresenta a avaliação da orientação familiar nas Regionais de Saúde e percebe-se que Asa Norte (5,5), CNBRFPW (5,5), São Sebastião (5,9) e Samambaia (5,5) tiveram um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas**; Asa Sul (6,3), Brazlândia (6,2), Ceilândia (6,1), Gama (6,3), Guará (6,4), Planaltina (6,9), Recanto das Emas (6,9), Santa Maria (6,5) e Taguatinga (6,7) apresentam-se com um **desempenho razoável, com possibilidade de melhorias** e o Paranoá (7,6) e Sobradinho (7) estão com um **bom desempenho, mas com várias áreas que necessitam de aprimoramento**.

Gráfico 7. Distribuição do atributo de **Orientação Familiar** na APS na saúde da criança por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Entre os elementos que compõem a orientação familiar, verificou-se que no DF 78% das equipes tem a possibilidade de falar com a família da criança para discutir sobre o seu problema de saúde; 77% normalmente perguntam sobre os fatores de risco social ou das condições de vida da criança e 76% solicitam informações sobre as doenças dos outros membros da família.

Quanto a avaliação da orientação familiar de acordo com o modelo de organização da equipe no DF, percebe-se que as EAB (6,8) e ESF (6,6) apresentaram uma avaliação melhor do que os outros modelos: Equipes Tradicionais (5,8) e EACS (4) [TABELA 5].

Tabela 5. Distribuição do atributo **Orientação Familiar** na saúde da criança por modelo de organização da equipe, Distrito Federal, 2013.

MODELO DE ATENÇÃO	ORIENTAÇÃO FAMILIAR
ESF	6,6
Modelo Tradicional	5,8
EAB	6,8
EACS	4

FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

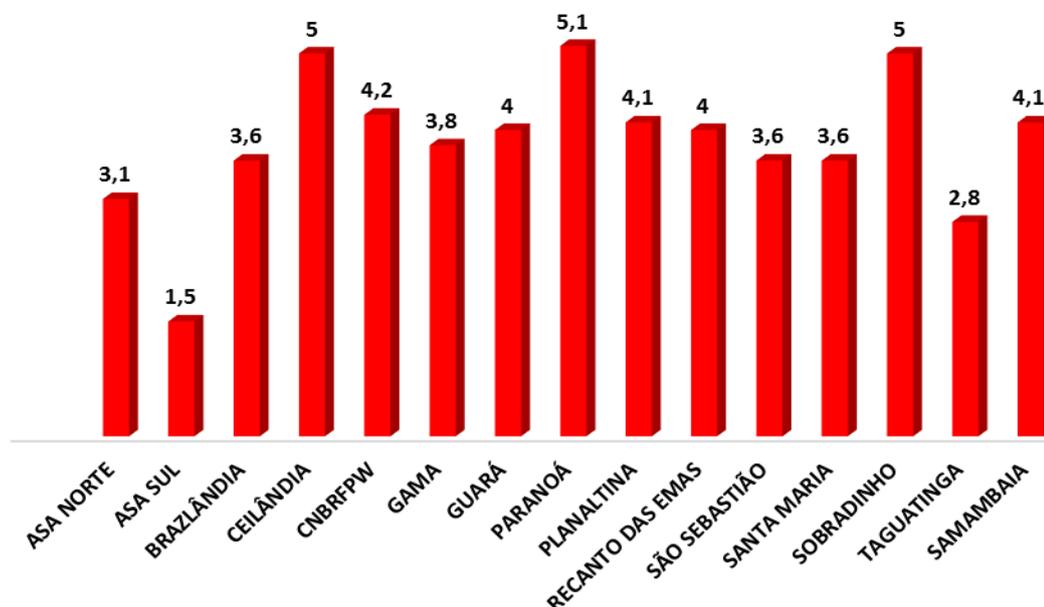
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

A orientação comunitária implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem em um contexto social, que deve ser conhecido e levado em consideração pela equipe de saúde.

Nesse sentido, a APS não trabalha apenas como o primeiro nível do sistema de saúde, mas também funciona como o elo entre os serviços de saúde individual e os programas de saúde coletiva. Uma maneira de fortalecer essa vinculação é pela forte orientação comunitária dos serviços de APS.

O Gráfico 8 mostra o resultado da avaliação da orientação comunitária nas 15 Regionais de Saúde do DF. Pode-se observar que todas elas apresentam um **desempenho ruim, com necessidades de melhorias significativas**

Gráfico 8. Distribuição do atributo de **Orientação Comunitária** na APS na saúde da criança por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Entre os elementos que compõem o planejamento, verificou-se que no DF somente 10% das equipes realizam enquetes com os usuários para verificarem se os serviços ofertados às crianças satisfazem as necessidades da comunidade; 8% fazem enquetes para identificar os principais problemas de saúde da população infantil; 38% desenvolvem ações de saúde nas escolas; 32% promovem ações intersetoriais; 58% oferecem serviços domiciliares curativos; 61% ofertam visitas domiciliares regulares às crianças e 62% das equipes possuem autonomia para reorganizarem a oferta de serviços às crianças com base nos problemas identificados na comunidade.

Quanto a avaliação da orientação comunitária de acordo com o modelo de organização da equipe no DF, percebe-se que as ESF (4,4) apresentaram uma avaliação melhor do que os outros modelos: Equipes Tradicionais (3,2), EAB (2,7) e EACS (2,6) [TABELA 6].

Tabela 6. Distribuição do atributo **Orientação Comunitária** na saúde da criança por modelo de organização da equipe, Distrito Federal, 2013.

MODELO DE ATENÇÃO	ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
ESF	4,4
Modelo Tradicional	3,2
EAB	2,7
EACS	2,6

FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

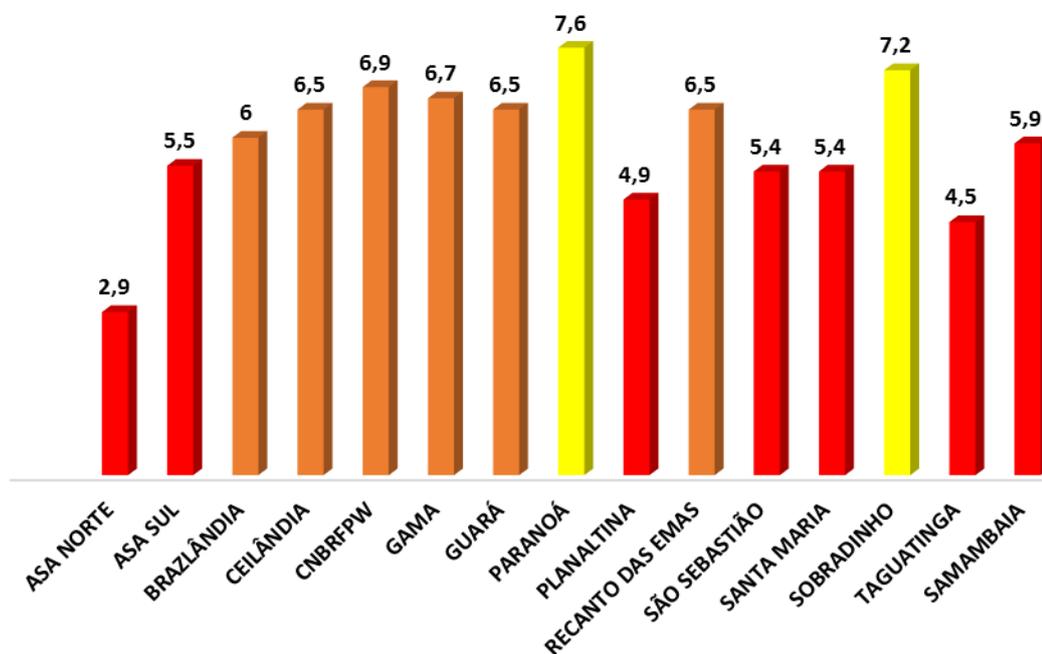
PLANEJAMENTO DA EQUIPE

Planejar na APS pressupõe uma reflexão sobre o fato de que o profissional de saúde não pode atuar isoladamente por estar se referindo a um processo social e que demanda a participação de toda a equipe.

Nessa perspectiva, precisa-se realizar um ato de reflexão, que deve ser coletivo. Essa reflexão implica na identificação dos agentes envolvidos e a definição de mecanismos de articulação entre eles, com vistas à consecução dos objetivos e da estratégia (forma) para alcançá-los.

Dessa forma, o Gráfico 9 apresenta a avaliação do planejamento da equipe nas Regionais de Saúde e percebe-se que Asa Norte (2,9), Asa Sul (5,5), Planaltina (4,9), São Sebastião (5,4), Santa Maria (5,4), Taguatinga (4,5) e Samambaia (5,9) apresentaram um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas**; Brazlândia (6), Ceilândia (6,5), CNBRFPW (6,9), Gama (6,7), Guará (6,5) e Recato das Emas tiveram um **desempenho razoável, com possibilidade de melhorias** e o Paranoá (7,6) e Sobradinho (7,2) estão com um **bom desempenho, mas com várias áreas que necessitam de aprimoramento**.

Gráfico 9. Distribuição do atributo de **Planejamento da Equipe** na APS na saúde da criança por Regional de Saúde, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

Entre os elementos que compõem o planejamento da equipe, verificou-se que no DF 49% das equipes possuem dentista; 48% estão com suas áreas cobertas com Agentes Comunitários de Saúde; 61% dos profissionais participaram de algum tipo de treinamento em saúde da criança; 58% das crianças menores de 2 anos estão em acompanhamento de CD nas equipes; 34% das crianças menores de 5 anos, em situação de risco, estão sendo acompanhadas e 26% das crianças/adolescentes menores de 14 anos estão em acompanhamento.

Quanto a avaliação do planejamento da equipe de acordo com o modelo de organização da equipe no DF, percebe-se que as ESF (6,3) apresentaram uma avaliação melhor do que os outros modelos: Equipes Tradicionais (5,1), EAB (5) e EACS (5,5) [TABELA 7].

Tabela 7. Distribuição do **Planejamento da Equipe** na saúde da criança por modelo de organização da equipe, Distrito Federal, 2013.

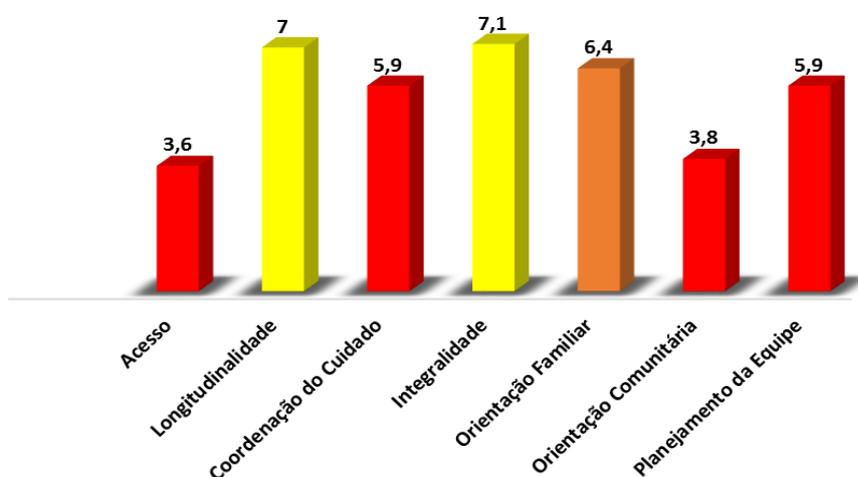
MODELO DE ATENÇÃO	PLANEJAMENTO DA EQUIPE
ESF	6,3
Modelo Tradicional	5,1
EAB	5
EACS	5,5

FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

ATRIBUTOS DA APS NO DF

No que se refere à avaliação dos atributos da APS na saúde da criança do DF, verificou-se que o **acesso** (3,6), a **coordenação do cuidado** (5,9), a **orientação comunitária** (3,8) e o **planejamento da equipe** (5,9) apresentaram-se com um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas**. A **orientação familiar** (6,4) foi classificada com um **desempenho razoável, com possibilidade de melhorias** e a **longitudinalidade** (7) e a **integralidade** (7,1) com um **bom desempenho, mas com várias áreas que necessitam de aprimoramento**.

Gráfico 10. Distribuição dos atributos da APS na saúde da criança, Distrito Federal, 2013.



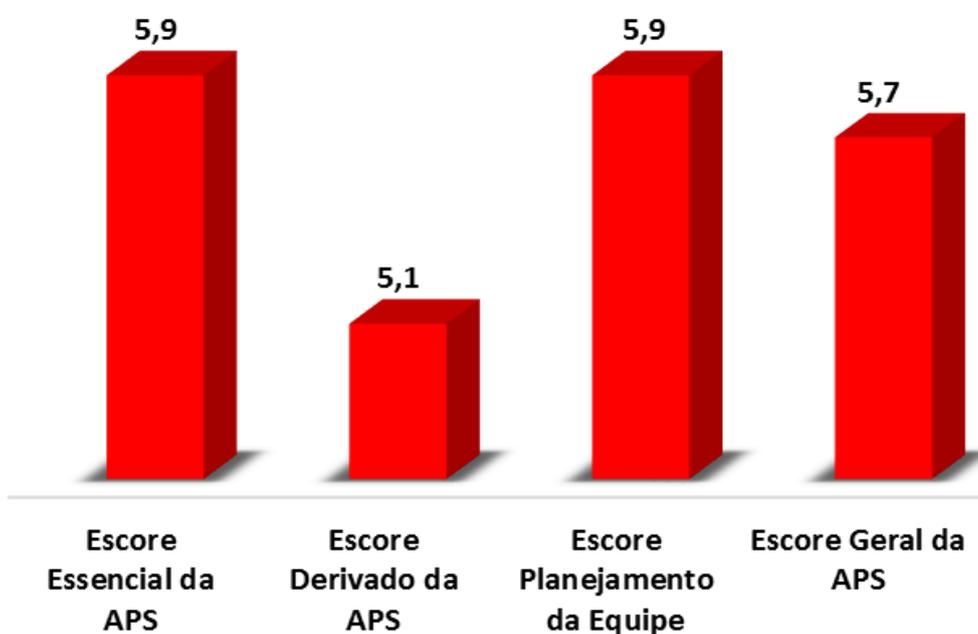
FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

ESCORES DA APS NO DF

Os escores da APS são formados pelo Essencial, pelo Derivado, pelo de Planejamento e pelo Geral. Sendo que o Essencial é formado pelos atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade; o Derivado pelos atributos de orientação familiar e orientação comunitária; o de Planejamento da Equipe refere-se a sua organização para o planejamento local; e o Geral da APS é formado por todos os sete atributos citados anteriormente.

Nesse sentido, verificou-se que no DF todos os escores mencionados apresentaram um **desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas** como se observa no Gráfico 11.

Gráfico 11. Distribuição dos Escores Essencial, Derivado, de Planejamento e Geral da APS na saúde da criança, Distrito Federal, 2013.



FONTE: Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF), 2013.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A partir da análise geral dos resultados dos Instrumentos de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança, pode-se concluir que a atenção oferecida a população infantil nos serviços primários da rede de saúde do DF apresenta-se com um desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas.

Percebe-se que os atributos da APS não apresentam um padrão geral entre eles, e a partir disso, pôde-se identificar que a assistência oferecida às crianças apresenta-se fragmentada e não resolutive.

O acesso aos serviços de APS e a orientação comunitária, foram os atributos que apresentaram um desempenho ruim em todas as Regionais de Saúde. Dessa forma, torna-se necessário o planejamento de ações que visem garantir que as crianças sejam acolhidas, classificadas quanto aos riscos e vulnerabilidades e acompanhadas a partir dos atendimentos de seguimento (crescimento e desenvolvimento) e da demanda espontânea.

Starfield (2002) comenta que sendo o acesso um elemento estrutural da APS, quando não efetivado, este pode afetar adversamente o manejo dos problemas apresentados pelas crianças, comprometendo, assim, o desempenho do serviço. Além disso, a sua ausência faz com que o cuidador(a) acabe procurando outros níveis de atenção podendo ocasionar gastos adicionais ao Sistema e a não vinculação da criança ao serviço de APS.

Para que as equipes realizem uma abordagem orientada para a comunidade, recomendam-se que sejam realizadas pesquisas, enquetes, aplicação de métodos epidemiológicos, clínicos e sociais que sejam capazes de fazer uma avaliação das necessidades de saúde da comunidade e a identificação dos principais problemas de saúde das crianças para que sejam planejadas ações de acordo com os resultados levantados e o contexto social da comunidade.

Quanto a longitudinalidade e a integralidade, percebe-se que elas apresentaram um bom desempenho, mas com várias áreas que necessitam de

aprimoramento. Já a coordenação do cuidado mostrou-se com um desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas.

Estes três atributos analisados, possuem relação direta entre si, pois para que o cuidado à criança seja ofertado de maneira integral e resolutiva, as equipes devem conhecer sua população adscrita; criar vínculo; acompanhar, monitorar e analisar os indicadores de saúde da comunidade; reconhecer e atuar diante dos problemas de saúde anteriores e novos; ofertar uma carteira de serviços que atenda às necessidades de saúde da comunidade e possuir um sistema de referência e contrarreferência eficaz.

Para Starfield (2002) o aprimoramento da coordenação do cuidado é considerado por muitos autores como um dos grandes desafios da implantação da APS, pois na maioria dos estudos este escore apresenta-se baixo. Entretanto, sabe-se que a coordenação das informações e indicadores facilitam o reconhecimento do histórico de saúde da criança, o que favorece a continuidade e a implantação de tratamento e prevenção de agravos.

Para enfrentar estes desafios, algumas ações foram e estão sendo realizadas e desenvolvidas pelo NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF e pelas Coordenações Regionais de Saúde da Criança para que as equipes possam atuar da melhor maneira possível, principalmente no que se refere as normatizações, rotinas e acompanhamento dos indicadores, como: elaboração da Linha de Cuidado da Criança na APS e do Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança; atualização da Ficha de Acompanhamento da Criança na APS (FICHA C); oferta de treinamentos contínuos; e articulação dos programas e estratégias voltados à saúde da criança. Entretanto, diante de tudo isso, precisa-se ainda aperfeiçoar o sistema de referência e contrarreferência, identificar as necessidades de saúde das crianças e trabalhar de acordo com essa realidade, ofertar de maneira equânime os programas e estratégias às crianças e promover uma maior articulação do NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF e das Coordenações Regionais com as equipes de APS do DF.

Sobre a orientação familiar, as equipes obtiveram um desempenho razoável, com possibilidade de melhorias. Isso indica que este atributo precisa ser trabalhado de modo mais adequado pelos profissionais, pois para que o cuidado integral à

criança aconteça torna-se necessário considerar o contexto familiar e o potencial da família para o cuidado.

Esse atributo possui inter-relação direta com a integralidade, uma vez que as relações estabelecidas no contexto familiar e os fatores que possam expor a criança a condições adversas ou favoráveis ao processo saúde-doença, são considerados na prática da saúde.

O planejamento da equipe obteve um desempenho ruim, com necessidade de melhorias significativas. Logo, precisa ser aperfeiçoado, principalmente, por ter sido identificado através dos relatos dos profissionais que muitos atuam na APS sem formação específica na área.

Portanto, os baixos desempenhos da Atenção Primária na Saúde da Criança no DF indicam a necessidade de melhorias estruturais nas UBS, pois muitas equipes não possuem local adequado para desenvolver suas atividades; adequação de carga horária dos profissionais (40 horas); consistir equipes incompletas; disponibilizar equipamentos para o desempenho das atividades; ofertar formação específica em APS; e promover mudanças no processo de trabalho das equipes.

Em virtude de tudo que foi mencionado, torna-se necessária a discussão no âmbito da gestão e no nível local sobre os resultados da avaliação presente neste Caderno para que ocorram debates profícuos sobre as práticas adotadas atualmente na saúde da criança. Diversas práticas positivas para a manutenção da qualidade dos serviços ofertados às crianças foram encontradas durante a avaliação. Nesse sentido, estas experiências poderão ser compartilhadas com outras equipes visando mudanças no processo de trabalho.

Espera-se que esses resultados sejam utilizados para o aprimoramento institucional e profissional na tomada de decisão para o planejamento de ações que visem a reversão da situação encontrada para uma assistência cada vez mais integral, resolutiva e equânime.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e municípios**. Brasília: Athalaia, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Fundação Osvaldo Cruz. **Atenção primária integral à saúde: indicadores para avaliação**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Editora IPEA, 1993.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. UK: Oxford University Press, 1998.

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

APÊNDICE 1

(Instrumento de Monitoramento e Avaliação da Atenção
Primária à Saúde da Criança)

INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe/Sem registro
1.	As crianças podem obter uma consulta (não agendada e não urgente) no prazo de 24 horas?					
2.	A UBS é aberta aos finais de semana?					
3.	A UBS fica aberta pelo menos em um dia a partir das 18 horas?					
4.	Normalmente, a criança tem que esperar mais de 30 minutos na UBS antes de ser atendida por um profissional de saúde?					
5.	Exceto em casos de emergência, é preciso que a criança passe por consulta na UBS antes que o acompanhante procure outro nível de atenção?					
6.	Em geral, as crianças são examinadas pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?					
7.	A equipe/UBS tem sua população infantil cadastrada?					
8.	Existe registro na equipe/UBS atualizado de crianças até 14 anos, 11 meses e 29 dias?					
9.	Se houver alguma dúvida em relação ao tratamento da criança, o acompanhante pode falar com o mesmo profissional que atendeu a criança?					
10.	Acha que na sua equipe/UBS os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os acompanhantes das crianças explicitem bem suas dúvidas e preocupações?					
11.	Os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam o prontuário da criança em cada consulta ou atendimento?					
12.	Todas as crianças possuem a Caderneta de Saúde da Criança?					
13.	A Caderneta de Saúde da Criança é avaliada e preenchida em todas as situações de procura de atendimento?					
14.	A equipe/UBS monitora e registra os indicadores de saúde da criança? Exemplo: aleitamento materno em <6 meses, mortalidade infantil, quantidade de crianças por faixa etária, crianças de baixo peso, óbitos investigados, entre outros.					
15.	A não participação da mãe/família na reunião de CD é impeditivo para a 1ª consulta do RN na equipe/UBS?					
16.	É seguido o atual calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil preconizado pela SES-DF?					
17.	Ocorre visita domiciliar do ACS e/ou médico e/ou enfermeiro e/ou técnico de enfermagem em até 5 dias de vida do RN após alta da maternidade?					
18.	A primeira consulta ocorre em até 7 dias de vida do RN após a alta da maternidade?					
19.	É realizada busca ativa das crianças faltosas?					

20.	Existem atendimentos para as crianças diariamente na equipe/UBS?					
21.	A equipe/UBS utiliza o SISVAN? Se resposta positiva, o gerente/coordenador emite relatório? () SIM () NÃO Se negativo, quais motivos para não utilização do sistema?					
22.	Existe profissional disponível diariamente para coleta do “teste do pezinho” na equipe/UBS?					
23.	Existe profissional disponível diariamente para administração de vacinas na equipe/UBS?					
24.	Existe reunião de equipe semanalmente?					
25.	Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão de casos sentinelas?					
26.	Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão do processo de trabalho e planejamento de ações?					
27.	Nas reuniões de equipe existe educação em saúde para os PROFISSIONAIS da equipe/UBS?					
28.	Nessa equipe/UBS os profissionais de saúde se sentem seguros para responder os problemas de saúde das crianças?					
29.	Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na equipe/UBS?					
30.	Com que frequência os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam as normas definidas para referência e contrarreferência?					
31.	Quando uma criança precisa ser referida para outros serviços, os profissionais da APS discutem com o acompanhante os possíveis lugares de atendimento?					
32.	Quando as crianças são referidas para outros serviços, os profissionais da APS fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?					
33.	Os profissionais da APS recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?					
34.	Após a utilização do serviço para o qual foi referenciado, a equipe conversa com o acompanhante sobre o que ocorreu nesse atendimento?					
35.	Existe regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?					
36.	Os prontuários sempre estão disponíveis quando o profissional examina a criança?					
37.	Todos os óbitos fetais e infantis ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados?					
38.	Oferece vacinações para as crianças?					
39.	Oferece tratamento/controla da asma?					
40.	Oferta administração de Vitamina A?					
41.	Oferta administração de Suplementação de Ferro Profilático?					
42.	Oferta atendimento de casos agudos?					
43.	Fornece educação em nutrição?*					

44.	Fornece educação em saúde?*					
45.	Fornece educação sobre violências?*					
46.	Fornece educação sobre acidentes domésticos?*					
47.	Fornece orientações sobre as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança?					
48.	Fornece educação preventiva em saúde bucal?					
49.	Oferece assistência odontológica preventiva?					
50.	Oferece assistência odontológica curativa?					
51.	A equipe/UBS realiza abordagem dos sinais de risco/perigo e vulnerabilidade nas crianças trazidas para atendimento?					
52.	Os prontuários são organizados por família (e não por indivíduo)?					
53.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família da criança?					
54.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família da criança para discutir sobre o seu problema de saúde?					
55.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida da criança?					
56.	Realiza enquetes com os usuários para saber se os serviços oferecidos em saúde da criança estão respondendo às necessidades percebidas pela população?					
57.	Realiza enquetes com os usuários para identificar os problemas de saúde da população infantil?					
58.	Oferece serviços de saúde nas escolas? A equipe/UBS está vinculada ao PSE? () SIM () NÃO					
59.	Oferece serviços domiciliares curativos?					
60.	Realiza visitas domiciliares regulares?					
61.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?					
62.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados nas crianças da comunidade?					
		0-24%	25-49%	50-74%	75-100%	Não sabe/Sem registro
63.	Que porcentagem da semana a equipe/UBS conta com pelo menos um médico? O atendimento médico está sendo suficiente para a demanda? () SIM () NÃO Qual é a demanda reprimida em números?					
64.	Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um enfermeiro? O atendimento do enfermeiro está sendo suficiente para a demanda? () SIM () NÃO Qual é a demanda reprimida em números?					

65.	Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um dentista? O atendimento do dentista está sendo suficiente para a demanda? () SIM () NÃO Qual é a demanda reprimida em números?					
66.	Qual a porcentagem de ACS para a área de cobertura da equipe ou UBS?					
67.	Que porcentagem da equipe recebeu algum tipo de treinamento em saúde da criança? Exemplo: aleitamento materno, alimentação complementar saudável, AIDPI, prevenção de violência ou triagem neonatal.					
68.	Em sua opinião, que porcentagem das crianças procura a equipe/UBS antes de ir a outro serviço cada vez que tem um novo problema de saúde?					
69.	Que porcentagem das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento na equipe/UBS?					
70.	Que porcentagem das crianças de até 2 anos estão em acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na equipe/UBS?					
71.	Que porcentagem das crianças de até 14 anos, 11 meses e 29 dias estão em acompanhamento na equipe/UBS?					
72.	Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo (até 6 meses) nas crianças atendidas pela sua na equipe/UBS?					
73.	Que porcentagem das crianças da área com até 1 ano estão com esquema de vacinação em dia?					

* Estão incluídas, por exemplo, ações de educação alimentar e nutricional; práticas corporais e atividades físicas; ações educativas em escolas e creches; grupos terapêuticos; rodas de terapia comunitária; e ações de saúde e educação permanente voltada à vigilância e prevenção das violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito.

Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento na APS

Consultas Crianças	Dias	Meses												
		1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	>24 Anual**	
Profissional	7													
	Med.	Enf. ou Med.	Med.	Enf.	Med.	Enf. e Nut.	Med.	Enf.	Med.	Enf.	Med.	Med.	Med.	

Legenda: Med.: Médico; Enf.: Enfermeiro; Nut.: Nutricionista.

** A partir dos 2 anos de idade, o acompanhamento deve ser realizado pelo médico da UBS anualmente, mas isso não ausenta o enfermeiro de continuar realizando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

APÊNDICE 2

(Média das respostas das Regionais de Saúde no Instrumento de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança)

Distribuição das respostas dos itens das Regiões **Sul** (Gama e Santa Maria) e **Oeste** (Ceilândia e Brazlândia), Distrito Federal,
2013

ATRIBUTOS DA APS	GAMA	SANTA MARIA	CEILÂNDIA	BRAZLÂNDIA
ACESSO				
As crianças podem obter uma consulta (não agendada e não urgente) no prazo de 24 horas?	5,8	5,8	6,9	4,6
A UBS é aberta aos finais de semana?	0,3	0,3	0	0
A UBS fica aberta pelo menos em um dia a partir das 18 horas?	0	0,8	1	0
Normalmente, a criança tem que esperar mais de 30 minutos na UBS antes de ser atendida por um profissional de saúde?	2,1	2,5	5,2	5
Exceto em casos de emergência, é preciso que a criança passe por consulta na UBS antes que o acompanhante procure outro nível de atenção?	8,2	6,6	7,3	7
LONGITUDINALIDADE				
Em geral, as crianças são examinadas pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	4,9	5,5	6	6,3
A equipe/UBS tem sua população infantil cadastrada?	8,8	7,8	6,8	9,3
Existe registro na equipe/UBS atualizado de crianças até 14 anos, 11 meses e 29 dias?	6,4	7,5	3,5	2,7
Se houver alguma dúvida em relação ao tratamento da criança, o acompanhante pode falar com o mesmo profissional que atendeu a criança?	9,3	7,5	8,2	7
Você acha que na sua equipe/UBS os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os acompanhantes das crianças explicitem bem suas dúvidas e preocupações?	9,2	7,8	7,9	7,6
Os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam o prontuário da criança em cada consulta ou atendimento?	8,4	7,8	9,4	9,7
COORDENAÇÃO DO CUIDADO				
Todas as crianças possuem a Caderneta de Saúde da Criança?	9,7	8	9,4	7,3
A Caderneta de Saúde da Criança é avaliada e preenchida em todas as situações de procura de atendimento?	9,1	6,6	8,5	6,3
A equipe/UBS monitora e registra os indicadores de saúde da criança?	6,6	6,6	7	4,3

A não participação da mãe/família na reunião de CD é impeditivo para a 1ª consulta do RN na equipe/UBS?	0,9	3	0,2	0,7
É seguido o atual calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil preconizado pela SES-DF?	8,2	7,5	7,8	9
Ocorre visita domiciliar do ACS e/ou médico e/ou enfermeiro e/ou técnico de enfermagem em até 5 dias de vida do RN após alta da maternidade?	4,6	6,6	4,4	2,6
A primeira consulta ocorre em até 7 dias de vida do RN após a alta da maternidade?	6,2	5	5,5	3,3
É realizada busca ativa das crianças faltosas?	6,2	3,6	4,4	5
Existem atendimentos para as crianças diariamente na equipe/UBS?	7,4	6,4	8,1	5
A equipe/UBS utiliza o SISVAN?	0,9	1,4	1,4	0,7
Existe profissional disponível diariamente para coleta do “teste do pezinho” na equipe/UBS?	4,8	1,7	6,7	5,7
Existe profissional disponível diariamente para administração de vacinas na equipe/UBS?	6,8	2,8	8,1	5
Existe reunião de equipe semanalmente?	7,6	8	5,2	3,6
Nas reuniões de equipe, existem momentos de discussão de casos sentinelas?	5,1	4,7	3,6	7,3
Nas reuniões de equipe, existem momentos de discussão do processo de trabalho e planejamento de ações?	8	7,5	6,8	8,3
Nas reuniões de equipe, existe educação em saúde para os PROFISSIONAIS da equipe/UBS?	3	5,2	4,4	3,3
Nessa equipe/UBS os profissionais de saúde se sentem seguros para responder os problemas de saúde das crianças?	6,4	6,9	6,8	4
Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na equipe/UBS?	8,1	9,2	9	8,3
Com que frequência os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam as normas definidas para referência e contrarreferência?	6,8	6,4	7,8	5,6
Quando uma criança precisa ser referida para outros serviços, os profissionais da APS discutem com o acompanhante os possíveis lugares de atendimento?	7,3	6,9	7,9	5,3
Quando as crianças são referidas para outros serviços, os profissionais da APS fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	9,4	8	8,9	8
Os profissionais da APS recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1,6	1,7	3	0,7
Após a utilização do serviço para o qual foi referenciada, a equipe conversa com o acompanhante sobre o que ocorreu nesse atendimento?	5,6	8	6,3	6
Existe regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1,6	2,5	6,2	1

Os prontuários sempre estão disponíveis quando o profissional examina a criança?	8	8,3	9,8	7,3
Todos os óbitos fetais e infantis ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados?	7,4	1,4	7,9	5
INTEGRALIDADE				
Oferece vacinações para as crianças?	9,5	3,6	8,1	4,3
Oferece tratamento/controle da asma?	4,9	5,3	6,5	3,6
Oferta administração de Vitamina A?	9,1	3,9	8,4	6
Oferta administração de Suplementação de Ferro Profilático?	8,5	6,4	7,3	5
Oferta atendimento de casos agudos?	8,5	7,5	8,9	4,6
Fornece educação em nutrição?	8	6,6	9,2	7,6
Fornece educação em saúde?	7,3	6,4	8,9	6,6
Fornece educação sobre violências?	4,5	3,3	6,6	2
Fornece educação sobre acidentes domésticos?	6	3,6	6,2	6
Fornece orientações sobre as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança?	9	6,9	9,5	9
Fornece educação preventiva em saúde bucal?	8,7	5,5	8,7	8,6
Oferece assistência odontológica preventiva?	8,5	3,3	7,9	7
Oferece assistência odontológica curativa?	7,1	2,8	7,9	5,3
A equipe/UBS realiza abordagem dos sinais de risco/perigo e vulnerabilidade nas crianças trazidas para atendimento?	7,7	7,2	9,2	6,6
ORIENTAÇÃO FAMILIAR				
Os prontuários são organizados por família (e não por indivíduo)?	0,9	6,7	2,5	5,7
Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família da criança?	8,2	5,8	6,5	7,3
Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família da criança para discutir sobre o seu problema de saúde?	7,2	6,6	7,7	5,6
Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida da criança?	8,9	6,6	7,7	6
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA				
Realiza enquetes com os usuários para saber se os serviços oferecidos em saúde da criança estão respondendo às necessidades percebidas pela população?	1,3	0,6	2	0

Realiza enquetes com os usuários para identificar os problemas de saúde da população infantil?	1,1	0,6	1,7	0,7
Oferece serviços de saúde nas escolas?	4,7	5	5,8	3,3
Oferece serviços domiciliares curativos?	6,8	6,4	6,6	5,6
Realiza visitas domiciliares regulares?	7,3	6,1	7	8,6
Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	2,4	1,9	4,4	3,6
Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados nas crianças da comunidade?	2,9	5	7,6	3
PLANEJAMENTO DA EQUIPE				
Que porcentagem da semana a equipe/UBS conta com pelo menos um médico?	9,3	5	9	7
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um enfermeiro?	8,8	6,1	9,5	6,7
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um dentista?	4	1,4	7	3,7
Qual a porcentagem de ACS para a área de cobertura da equipe ou UBS?	5,2	6,7	5,2	7,3
Que porcentagem da equipe recebeu algum tipo de treinamento em saúde da criança?	5,5	4,2	2,8	3,6
Em sua opinião, que porcentagem das crianças procura a equipe/UBS antes de irem a outro serviço cada vez que tem um novo problema de saúde?	8,3	5	6,5	4,6
Que porcentagem das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento na equipe/UBS?	4,1	2,5	4,9	4,6
Que porcentagem das crianças de até 2 anos estão em acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na equipe/UBS?	8,5	7,2	8,6	9,7
Que porcentagem das crianças de até 14 anos, 11 meses e 29 dias estão em acompanhamento na equipe/UBS?	2,5	5	4,2	2
Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo (até 6 meses) nas crianças atendidas pela sua na equipe/UBS?	8,6	6,9	5	7
Que porcentagem das crianças da área com até 1 ano estão com esquema de vacinação em dia?	8,8	9,2	9,4	9,7

Distribuição das respostas dos itens das Regiões **Sudoeste** (Taguatinga, Recanto das Emas e Samambaia) e **Centro-Norte**,
Distrito Federal, 2013

ATRIBUTOS DA APS	TAGUATINGA	RECANTO DAS EMAS	SAMAMBAIA	ASA NORTE
ACESSO				
As crianças podem obter uma consulta (não agendada e não urgente) no prazo de 24 horas?	6,4	4,6	5,7	8,9
A UBS é aberta aos finais de semana?	0,3	0,5	0,3	0
A UBS fica aberta pelo menos em um dia a partir das 18 horas?	0,6	0,5	0	0,4
Normalmente, a criança tem que esperar mais de 30 minutos na UBS antes de ser atendida por um profissional de saúde?	1,1	3,3	4,5	2,2
Exceto em casos de emergência, é preciso que a criança passe por consulta na UBS antes que o acompanhante procure outro nível de atenção?	9,2	7,6	8,9	10
LONGITUDINALIDADE				
Em geral, as crianças são examinadas pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	6,6	5,5	6,3	5,9
A equipe/UBS tem sua população infantil cadastrada?	0,8	5,8	5,9	0,4
Existe registro na equipe/UBS atualizado de crianças até 14 anos, 11 meses e 29 dias?	0,8	2,8	3,9	0,4
Se houver alguma dúvida em relação ao tratamento da criança, o acompanhante pode falar com o mesmo profissional que atendeu a criança?	9,4	9	8,5	8,9
Você acha que na sua equipe/UBS os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os acompanhantes das crianças explicitem bem suas dúvidas e preocupações?	8,9	9,2	8,2	10
Os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam o prontuário da criança em cada consulta ou atendimento?	9,2	9,7	9,1	8,9
COORDENAÇÃO DO CUIDADO				
Todas as crianças possuem a Caderneta de Saúde da Criança?	8,9	9,5	9,5	10
A Caderneta de Saúde da Criança é avaliada e preenchida em todas as situações de procura de atendimento?	8,9	9,2	8,3	9,2
A equipe/UBS monitora e registra os indicadores de saúde da criança?	6,1	6,8	6,3	5,5

A não participação da mãe/família na reunião de CD é impeditivo para a 1ª consulta do RN na equipe/UBS?	0	0,8	0	0
É seguido o atual calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil preconizado pela SES-DF?	8,1	8,9	7,4	10
Ocorre visita domiciliar do ACS e/ou médico e/ou enfermeiro e/ou técnico de enfermagem em até 5 dias de vida do RN após alta da maternidade?	2,2	4,3	5,1	1,1
A primeira consulta ocorre em até 7 dias de vida do RN após a alta da maternidade?	4,7	4,9	4,8	5,1
É realizada busca ativa das crianças faltosas?	2,5	4,9	5,1	2,2
Existem atendimentos para as crianças diariamente na equipe/UBS?	8,6	6,3	5,4	10
A equipe/UBS utiliza o SISVAN?	3,3	0,2	1,2	8,5
Existe profissional disponível diariamente para coleta do "teste do pezinho" na equipe/UBS?	5,6	4,3	6,1	7,8
Existe profissional disponível diariamente para administração de vacinas na equipe/UBS?	6,4	5,9	7	7
Existe reunião de equipe semanalmente?	1,1	6,6	4,2	3,3
Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão de casos sentinelas?	0,8	5,9	5,3	1,5
Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão do processo de trabalho e planejamento de ações?	2,5	8,2	7,5	4,4
Nas reuniões de equipe existe educação em saúde para os PROFISSIONAIS da equipe/UBS?	0,6	2,8	3,6	3,7
Nessa equipe/UBS os profissionais de saúde se sentem seguros para responder os problemas de saúde das crianças?	8	6,3	6,2	8,5
Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na equipe/UBS?	8,1	8,6	8,6	10
Com que frequência os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam as normas definidas para referência e contrarreferência?	8,9	8,2	6,2	9,2
Quando uma criança precisa ser referida para outros serviços, os profissionais da APS discutem com o acompanhante os possíveis lugares de atendimento?	8	6,8	5,7	8,9
Quando as crianças são referidas para outros serviços, os profissionais da APS fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	8,9	9,2	9,2	9,6
Os profissionais da APS recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	3	1,1	2	3,7
Após a utilização do serviço para o qual foi referenciada, a equipe conversa com o acompanhante sobre o que ocorreu nesse atendimento?	6,9	7,4	6,5	5,2
Existe regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	0,3	3,6	2,4	2,6

Os prontuários sempre estão disponíveis quando o profissional examina a criança?	8,9	9,4	8	9,6
Todos os óbitos fetais e infantis ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados?	8,1	7,9	7,7	10
INTEGRALIDADE				
Oferece vacinações para as crianças?	6,4	6,8	8,2	8,1
Oferece tratamento/controle da asma?	8,9	7,6	6,2	10
Oferta administração de Vitamina A?	4,2	7,8	8,5	10
Oferta administração de Suplementação de Ferro Profilático?	7,8	8,2	8,8	8,9
Oferta atendimento de casos agudos?	9,4	8,2	7,9	9,6
Fornece educação em nutrição?	6,7	8,1	7,5	8,5
Fornece educação em saúde?	8,1	7,6	7,4	8,1
Fornece educação sobre violências?	3,9	4,3	5,1	4,8
Fornece educação sobre acidentes domésticos?	4,2	5,4	6,3	4
Fornece orientações sobre as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança?	8,1	8,5	8,9	9,6
Fornece educação preventiva em saúde bucal?	8,6	7,9	6,8	8,9
Oferece assistência odontológica preventiva?	8,1	6	7,1	7,8
Oferece assistência odontológica curativa?	7,2	5,1	4,2	7,4
A equipe/UBS realiza abordagem dos sinais de risco/perigo e vulnerabilidade nas crianças trazidas para atendimento?	7,8	8,4	7,4	8,5
ORIENTAÇÃO FAMILIAR				
Os prontuários são organizados por família (e não por indivíduo)?	0,8	5,4	2,1	0
Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família da criança?	8,3	7,4	6,2	7,7
Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família da criança para discutir sobre o seu problema de saúde?	8,6	7,6	6,8	6,6
Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida da criança?	8,9	7,1	6,9	7,7
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA				
Realiza enquetes com os usuários para saber se os serviços oferecidos em saúde da criança estão respondendo às necessidades percebidas pela população?	0	1,7	1,1	0
Realiza enquetes com os usuários para identificar os problemas de saúde da população infantil?	0	1,4	0,3	0

Oferece serviços de saúde nas escolas?	4,1	3,3	3,2	5,2
Oferece serviços domiciliares curativos?	4,4	5,4	7,4	2,6
Realiza visitas domiciliares regulares?	4,4	6,3	7,4	2,6
Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	2,5	3,5	3,6	4
Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados nas crianças da comunidade?	4,1	6,6	5,7	7,4
PLANEJAMENTO DA EQUIPE				
Que porcentagem da semana a equipe/UBS conta com pelo menos um médico?	10	9	8,9	9,2
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um enfermeiro?	9,2	9,7	8,7	5,5
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um dentista?	7,5	4,4	4,9	5,5
Qual a porcentagem de ACS para a área de cobertura da equipe ou UBS?	1,4	5,4	4,8	0,4
Que porcentagem da equipe recebeu algum tipo de treinamento em saúde da criança?	6,1	6,2	6,1	9,2
Em sua opinião, que porcentagem das crianças procura a equipe/UBS antes de irem a outro serviço cada vez que tem um novo problema de saúde?	8,6	8,1	6,5	1,1
Que porcentagem das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento na equipe/UBS?	0,8	3,8	3,4	0
Que porcentagem das crianças de até 2 anos estão em acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na equipe/UBS?	0,8	7,8	5,8	0
Que porcentagem das crianças de até 14 anos, 11 meses e 29 dias estão em acompanhamento na equipe/UBS?	0,6	2,4	2,6	0
Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo (até 6 meses) nas crianças atendidas pela sua na equipe/UBS?	4,4	6,2	5,5	1,1
Que porcentagem das crianças da área com até 1 ano estão com esquema de vacinação em dia?	0,8	8,6	7,5	2,2

Distribuição das respostas dos itens das Regiões **Norte** (Planaltina e Sobradinho) e **Leste** (Paranoá e São Sebastião), Distrito Federal, 2013

ATRIBUTOS DA APS	PLANALTINA	SOBRADINHO	PARANOÁ	SÃO SEBASTIÃO
ACESSO				
As crianças podem obter uma consulta (não agendada e não urgente) no prazo de 24 horas?	6	5,4	6,9	5,7
A UBS é aberta aos finais de semana?	0	0,2	0,2	0
A UBS fica aberta pelo menos em um dia a partir das 18 horas?	0	0,6	0,4	0,2
Normalmente, a criança tem que esperar mais de 30 minutos na UBS antes de ser atendida por um profissional de saúde?	2,3	2,7	2,9	3,1
Exceto em casos de emergência, é preciso que a criança passe por consulta na UBS antes que o acompanhante procure outro nível de atenção?	9,6	7,7	7,1	6,3
LONGITUDINALIDADE				
Em geral, as crianças são examinadas pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	5,6	6,8	5,8	6,2
A equipe/UBS tem sua população infantil cadastrada?	2,4	8,3	7,9	6,1
Existe registro na equipe/UBS atualizado de crianças até 14 anos, 11 meses e 29 dias?	0,4	6	7,7	4,2
Se houver alguma dúvida em relação ao tratamento da criança, o acompanhante pode falar com o mesmo profissional que atendeu a criança?	8,9	8,9	9,2	8,7
Você acha que na sua equipe/UBS os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os acompanhantes das crianças explicitem bem suas dúvidas e preocupações?	9,6	9,8	9,4	8,3
Os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam o prontuário da criança em cada consulta ou atendimento?	9,7	10	9,8	8,9
COORDENAÇÃO DO CUIDADO				
Todas as crianças possuem a Caderneta de Saúde da Criança?	9,7	9,8	9,8	7,2
A Caderneta de Saúde da Criança é avaliada e preenchida em todas as situações de procura de atendimento?	7,1	9,6	8,7	7,4

A equipe/UBS monitora e registra os indicadores de saúde da criança?	4,7	6,8	8,1	5,2
A não participação da mãe/família na reunião de CD é impeditivo para a 1ª consulta do RN na equipe/UBS?	0	0,6	0,6	0,6
É seguido o atual calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil preconizado pela SES-DF?	6,8	6,7	8,3	4,8
Ocorre visita domiciliar do ACS e/ou médico e/ou enfermeiro e/ou técnico de enfermagem em até 5 dias de vida do RN após alta da maternidade?	2,5	4,4	5,8	4,2
A primeira consulta ocorre em até 7 dias de vida do RN após a alta da maternidade?	4,3	7,7	6	3,3
É realizada busca ativa das crianças faltosas?	3,4	7,1	6	3,9
Existem atendimentos para as crianças diariamente na equipe/UBS?	9,5	7,7	7,9	4,4
A equipe/UBS utiliza o SISVAN?	0,2	2,3	4,6	3,5
Existe profissional disponível diariamente para coleta do “teste do pezinho” na equipe/UBS?	4,6	1,5	4,2	0,6
Existe profissional disponível diariamente para administração de vacinas na equipe/UBS?	6,4	7,3	5,8	0,6
Existe reunião de equipe semanalmente?	4,2	7,1	6,2	6,6
Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão de casos sentinelas?	5,5	5,6	7,3	4
Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão do processo de trabalho e planejamento de ações?	6	7,1	8,5	6,1
Nas reuniões de equipe existe educação em saúde para os PROFISSIONAIS da equipe/UBS?	2,2	4,3	5	3,1
Nessa equipe/UBS os profissionais de saúde se sentem seguros para responder os problemas de saúde das crianças?	6,5	7,7	7,9	5,9
Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na equipe/UBS?	10	10	9,2	7,4
Com que frequência os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam as normas definidas para referência e contrarreferência?	9,5	8,5	7,7	6,4
Quando uma criança precisa ser referida para outros serviços, os profissionais da APS discutem com o acompanhante os possíveis lugares de atendimento?	7,4	9,6	8,7	5,5
Quando as crianças são referidas para outros serviços, os profissionais da APS fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	9,7	10	8,9	8,5
Os profissionais da APS recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	0,7	1,9	3,1	1,7
Após a utilização do serviço para o qual foi referenciada, a equipe conversa com o acompanhante sobre o que ocorreu nesse atendimento?	7,5	7,7	8,1	7,2

Existe regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	0,9	1	3,3	2,2
Os prontuários sempre estão disponíveis quando o profissional examina a criança?	9,3	9,6	8,9	7,4
Todos os óbitos fetais e infantis ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados?	10	9,4	10	8,1
INTEGRALIDADE				
Oferece vacinações para as crianças?	7	7,9	9,4	0,6
Oferece tratamento/controle da asma?	5,8	6,2	9,6	8,5
Oferta administração de Vitamina A?	9,3	4,6	8,1	2,6
Oferta administração de Suplementação de Ferro Profilático?	7,2	8,7	8,5	8,9
Oferta atendimento de casos agudos?	9,9	9,4	9,6	6,8
Fornece educação em nutrição?	7,7	9,6	8,7	6,6
Fornece educação em saúde?	7,8	9,2	8,5	7,6
Fornece educação sobre violências?	5	7,3	7,7	3,5
Fornece educação sobre acidentes domésticos?	6,6	7,7	7	4
Fornece orientações sobre as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança?	8,7	6,9	9,2	8,1
Fornece educação preventiva em saúde bucal?	7,2	6,9	8,1	4,8
Oferece assistência odontológica preventiva?	4,8	3,5	7,1	3,3
Oferece assistência odontológica curativa?	4,9	3,5	5,8	1,7
A equipe/UBS realiza abordagem dos sinais de risco/perigo e vulnerabilidade nas crianças trazidas para atendimento?	8,9	8,9	9,2	5,1
ORIENTAÇÃO FAMILIAR				
Os prontuários são organizados por família (e não por indivíduo)?	1	0	5,2	2,6
Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família da criança?	8,5	9,8	8,1	6,6
Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família da criança para discutir sobre o seu problema de saúde?	9,8	9,6	8,5	7
Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida da criança?	8,3	9,8	8,3	7,3
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA				

Realiza enquetes com os usuários para saber se os serviços oferecidos em saúde da criança estão respondendo às necessidades percebidas pela população?	0	1,7	1,9	1,3
Realiza enquetes com os usuários para identificar os problemas de saúde da população infantil?	0	2,5	1,7	0,9
Oferece serviços de saúde nas escolas?	4,5	4,6	3,7	2
Oferece serviços domiciliares curativos?	6,6	7,5	7,3	6,1
Realiza visitas domiciliares regulares?	5	8,3	7,5	6,3
Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	2,7	4,3	4,5	2,9
Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados nas crianças da comunidade?	9,7	7,1	8,9	5,7
PLANEJAMENTO DA EQUIPE				
Que porcentagem da semana a equipe/UBS conta com pelo menos um médico?	9,1	9,2	9,4	8,3
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um enfermeiro?	9,2	10	9,4	8,1
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um dentista?	4,8	3,7	6,5	1,8
Qual a porcentagem de ACS para a área de cobertura da equipe ou UBS?	4,9	5,8	7,7	6,3
Que porcentagem da equipe recebeu algum tipo de treinamento em saúde da criança?	9	6,6	6	6,1
Em sua opinião, que porcentagem das crianças procura a equipe/UBS antes de irem a outro serviço cada vez que tem um novo problema de saúde?	8,5	6,4	8,1	4,4
Que porcentagem das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento na equipe/UBS?	0	7,3	6,4	4,2
Que porcentagem das crianças de até 2 anos estão em acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na equipe/UBS?	2,6	6,9	8,8	6,1
Que porcentagem das crianças de até 14 anos, 11 meses e 29 dias estão em acompanhamento na equipe/UBS?	0,3	5,4	4,6	2,6
Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo (até 6 meses) nas crianças atendidas pela sua na equipe/UBS?	1,9	7,7	8,1	4,1
Que porcentagem das crianças da área com até 1 ano estão com esquema de vacinação em dia?	3,1	8,8	8,5	7

Distribuição das respostas dos itens da Região **Centro-Sul** (Asa Sul, Guará e CNBRFPW), Distrito Federal, 2013

ATRIBUTOS DA APS	ASA SUL	GUARÁ	CNBRFPW
ACESSO			
As crianças podem obter uma consulta (não agendada e não urgente) no prazo de 24 horas?	8,3	5,6	5,5
A UBS é aberta aos finais de semana?	0	0	0
A UBS fica aberta pelo menos em um dia a partir das 18 horas?	0	3,8	0,6
Normalmente, a criança tem que esperar mais de 30 minutos na UBS antes de ser atendida por um profissional de saúde?	0	3,3	2,2
Exceto em casos de emergência, é preciso que a criança passe por consulta na UBS antes que o acompanhante procure outro nível de atenção?	10	8,7	8,3
LONGITUDINALIDADE			
Em geral, as crianças são examinadas pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	6,6	6,6	7,9
A equipe/UBS tem sua população infantil cadastrada?	0	4,9	7,8
Existe registro na equipe/UBS atualizado de crianças até 14 anos, 11 meses e 29 dias?	0	5,9	6,5
Se houver alguma dúvida em relação ao tratamento da criança, o acompanhante pode falar com o mesmo profissional que atendeu a criança?	8,3	8,2	7,2
Você acha que na sua equipe/UBS os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os acompanhantes das crianças explicitem bem suas dúvidas e preocupações?	8,3	8,7	8,9
Os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam o prontuário da criança em cada consulta ou atendimento?	10	9,5	7,8
COORDENAÇÃO DO CUIDADO			
Todas as crianças possuem a Caderneta de Saúde da Criança?	10	10	9,4
A Caderneta de Saúde da Criança é avaliada e preenchida em todas as situações de procura de atendimento?	10	8,7	7,7
A equipe/UBS monitora e registra os indicadores de saúde da criança?	5	6,4	6,3
A não participação da mãe/família na reunião de CD é impeditivo para a 1ª consulta do RN na equipe/UBS?	0	0,8	0

É seguido o atual calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil preconizado pela SES-DF?	8,3	7,9	6,8
Ocorre visita domiciliar do ACS e/ou médico e/ou enfermeiro e/ou técnico de enfermagem em até 5 dias de vida do RN após alta da maternidade?	0	4,3	6,3
A primeira consulta ocorre em até 7 dias de vida do RN após a alta da maternidade?	3,3	5,6	6,1
É realizada busca ativa das crianças faltosas?	1,7	4,1	4,6
Existem atendimentos para as crianças diariamente na equipe/UBS?	10	7,9	6,8
A equipe/UBS utiliza o SISVAN?	3,3	1,5	2,4
Existe profissional disponível diariamente para coleta do "teste do pezinho" na equipe/UBS?	10	7,4	1,7
Existe profissional disponível diariamente para administração de vacinas na equipe/UBS?	5	7,7	3,1
Existe reunião de equipe semanalmente?	1,7	6,9	7,6
Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão de casos sentinelas?	1,7	5,9	7
Nas reuniões de equipe existem momentos de discussão do processo de trabalho e planejamento de ações?	3,3	7,7	8,5
Nas reuniões de equipe existe educação em saúde para os PROFISSIONAIS da equipe/UBS?	3,3	4,8	3,9
Nessa equipe/UBS os profissionais de saúde se sentem seguros para responder os problemas de saúde das crianças?	10	8,2	7
Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na equipe/UBS?	10	10	8,3
Com que frequência os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam as normas definidas para referência e contrarreferência?	10	6,6	7
Quando uma criança precisa ser referida para outros serviços, os profissionais da APS discutem com o acompanhante os possíveis lugares de atendimento?	10	6,9	7,6
Quando as crianças são referidas para outros serviços, os profissionais da APS fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	10	10	8,7
Os profissionais da APS recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	0	2	2
Após a utilização do serviço para o qual foi referenciada, a equipe conversa com o acompanhante sobre o que ocorreu nesse atendimento?	6,7	7,9	7,4
Existe regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1,7	2,6	2,6
Os prontuários sempre estão disponíveis quando o profissional examina a criança?	10	7,9	6,8
Todos os óbitos fetais e infantis ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados?	10	9,7	8,1

INTEGRALIDADE			
Oferece vacinações para as crianças?	10	7,7	5,2
Oferece tratamento/controla a asma?	10	7,4	4,4
Oferta administração de Vitamina A?	10	7,2	7,8
Oferta administração de Suplementação de Ferro Profilático?	10	10	6,1
Oferta atendimento de casos agudos?	10	9,5	7,4
Fornece educação em nutrição?	1,7	9	6,4
Fornece educação em saúde?	5	7,9	7,4
Fornece educação sobre violências?	1,7	3,8	4,8
Fornece educação sobre acidentes domésticos?	3,3	5,4	5,9
Fornece orientações sobre as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança?	10	9,7	7,7
Fornece educação preventiva em saúde bucal?	10	7,9	5,7
Oferece assistência odontológica preventiva?	10	9,7	4,6
Oferece assistência odontológica curativa?	8,3	7,9	3,9
A equipe/UBS realiza abordagem dos sinais de risco/perigo e vulnerabilidade nas crianças trazidas para atendimento?	10	9	7,4
ORIENTAÇÃO FAMILIAR			
Os prontuários são organizados por família (e não por indivíduo)?	0	1,5	0
Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família da criança?	8,3	7,7	7
Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família da criança para discutir sobre o seu problema de saúde?	10	7,1	8,1
Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida da criança?	6,6	9,2	6,8
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA			
Realiza enquetes com os usuários para saber se os serviços oferecidos em saúde da criança estão respondendo às necessidades percebidas pela população?	1,7	0,3	0,7
Realiza enquetes com os usuários para identificar os problemas de saúde da população infantil?	0	0,8	0,7
Oferece serviços de saúde nas escolas?	1,7	2,6	3,1

Oferece serviços domiciliares curativos?	0	7,4	6,6
Realiza visitas domiciliares regulares?	0	7,4	7,8
Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1,7	2,3	3,5
Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados nas crianças da comunidade?	5	7,2	6,8
PLANEJAMENTO DA EQUIPE			
Que porcentagem da semana a equipe/UBS conta com pelo menos um médico?	10	10	9,3
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um enfermeiro?	10	10	8,7
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um dentista?	10	7,2	3,3
Qual a porcentagem de ACS para a área de cobertura da equipe ou UBS?	0	5,1	6,6
Que porcentagem da equipe recebeu algum tipo de treinamento em saúde da criança?	10	5,1	8,9
Em sua opinião, que porcentagem das crianças procura a equipe/UBS antes de irem a outro serviço cada vez que tem um novo problema de saúde?	5	6,6	8,9
Que porcentagem das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento na equipe/UBS?	0	3,3	5,5
Que porcentagem das crianças de até 2 anos estão em acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na equipe/UBS?	0	6,7	6,7
Que porcentagem das crianças de até 14 anos, 11 meses e 29 dias estão em acompanhamento na equipe/UBS?	0	3,6	3,1
Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo (até 6 meses) nas crianças atendidas pela sua na equipe/UBS?	5	6,1	4,6
Que porcentagem das crianças da área com até 1 ano estão com esquema de vacinação em dia?	10	7,4	10

APÊNDICE 3

(Média das respostas do Distrito Federal no Instrumento de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança)

Distribuição das respostas dos itens do Instrumento de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança,
Distrito Federal, 2013

ATRIBUTOS DA APS	DISTRITO FEDERAL
ACESSO	
As crianças podem obter uma consulta (não agendada e não urgente) no prazo de 24 horas?	6,1
A UBS é aberta aos finais de semana?	0,1
A UBS fica aberta pelo menos em um dia a partir das 18 horas?	0,6
Normalmente, a criança tem que esperar mais de 30 minutos na UBS antes de ser atendida por um profissional de saúde?	2,8
Exceto em casos de emergência, é preciso que a criança passe por consulta na UBS antes que o acompanhante procure outro nível de atenção?	8,2
LONGITUDINALIDADE	
Em geral, as crianças são examinadas pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	6,2
A equipe/UBS tem sua população infantil cadastrada?	5,5
Existe registro na equipe/UBS atualizado de crianças até 14 anos, 11 meses e 29 dias?	3,9
Se houver alguma dúvida em relação ao tratamento da criança, o acompanhante pode falar com o mesmo profissional que atendeu a criança?	8,5
Você acha que na sua equipe/UBS os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os acompanhantes das crianças explicitem bem suas dúvidas e preocupações?	8,8
Os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam o prontuário da criança em cada consulta ou atendimento?	9,2
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	
Todas as crianças possuem a Caderneta de Saúde da Criança?	9,2
A Caderneta de Saúde da Criança é avaliada e preenchida em todas as situações de procura de atendimento?	8,4
A equipe/UBS monitora e registra os indicadores de saúde da criança?	6,1
A não participação da mãe/família na reunião de CD é impeditivo para a 1ª consulta do RN na equipe/UBS?	0,5
É seguido o atual calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil preconizado pela SES-DF?	9,8

Ocorre visita domiciliar do ACS e/ou médico e/ou enfermeiro e/ou técnico de enfermagem em até 5 dias de vida do RN após alta da maternidade?	3,9
A primeira consulta ocorre em até 7 dias de vida do RN após a alta da maternidade?	5,1
É realizada busca ativa das crianças faltosas?	4,3
Existem atendimentos para as crianças diariamente na equipe/UBS?	7,4
A equipe/UBS utiliza o SISVAN?	2,4
Existe profissional disponível diariamente para coleta do “teste do pezinho” na equipe/UBS?	4,8
Existe profissional disponível diariamente para administração de vacinas na equipe/UBS?	5,7
Existe reunião de equipe semanalmente?	5,3
Nas reuniões de equipe, existem momentos de discussão de casos sentinelas?	4,7
Nas reuniões de equipe, existem momentos de discussão do processo de trabalho e planejamento de ações?	6,7
Nas reuniões de equipe, existe educação em saúde para os PROFISSIONAIS da equipe/UBS?	3,5
Nessa equipe/UBS os profissionais de saúde se sentem seguros para responder os problemas de saúde das crianças?	7,1
Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na equipe/UBS?	9
Com que frequência os profissionais de saúde da sua equipe/UBS utilizam as normas definidas para referência e contrarreferência?	7,7
Quando uma criança precisa ser referida para outros serviços, os profissionais da APS discutem com o acompanhante os possíveis lugares de atendimento?	7,5
Quando as crianças são referidas para outros serviços, os profissionais da APS fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	9,1
Os profissionais da APS recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1,9
Após a utilização do serviço para o qual foi referenciada, a equipe conversa com o acompanhante sobre o que ocorreu nesse atendimento?	7
Existe regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	2,3
Os prontuários sempre estão disponíveis quando o profissional examina a criança?	8,6
Todos os óbitos fetais e infantis ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados?	8
INTEGRALIDADE	
Oferece vacinações para as crianças?	6,9
Oferece tratamento/controle da asma?	7
Oferta administração de Vitamina A?	7,2

Oferta administração de Suplementação de Ferro Profilático?	8
Oferta atendimento de casos agudos?	8,5
Fornece educação em nutrição?	7,5
Fornece educação em saúde?	7,6
Fornece educação sobre violências?	4,5
Fornece educação sobre acidentes domésticos?	5,4
Fornece orientações sobre as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança?	8,8
Fornece educação preventiva em saúde bucal?	7,6
Oferece assistência odontológica preventiva?	6,6
Oferece assistência odontológica curativa?	5,5
A equipe/UBS realiza abordagem dos sinais de risco/perigo e vulnerabilidade nas crianças trazidas para atendimento?	8,1
ORIENTAÇÃO FAMILIAR	
Os prontuários são organizados por família (e não por indivíduo)?	2,3
Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família da criança?	7,6
Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família da criança para discutir sobre o seu problema de saúde?	7,8
Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida da criança?	7,7
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	
Realiza enquetes com os usuários para saber se os serviços oferecidos em saúde da criança estão respondendo às necessidades percebidas pela população?	1
Realiza enquetes com os usuários para identificar os problemas de saúde da população infantil?	0,8
Oferece serviços de saúde nas escolas?	3,8
Oferece serviços domiciliares curativos?	5,8
Realiza visitas domiciliares regulares?	6,1
Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	3,2
Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados nas crianças da comunidade?	6,2

PLANEJAMENTO DA EQUIPE

Que porcentagem da semana a equipe/UBS conta com pelo menos um médico?	8,9
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um enfermeiro?	8,7
Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um dentista?	4,9
Qual a porcentagem de ACS para a área de cobertura da equipe ou UBS?	4,8
Que porcentagem da equipe recebeu algum tipo de treinamento em saúde da criança?	6,1
Em sua opinião, que porcentagem das crianças procura a equipe/UBS antes de irem a outro serviço cada vez que tem um novo problema de saúde?	6,5
Que porcentagem das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento na equipe/UBS?	3,4
Que porcentagem das crianças de até 2 anos estão em acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na equipe/UBS?	5,8
Que porcentagem das crianças de até 14 anos, 11 meses e 29 dias estão em acompanhamento na equipe/UBS?	2,6
Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo (até 6 meses) nas crianças atendidas pela sua na equipe/UBS?	5,5
Que porcentagem das crianças da área com até 1 ano estão com esquema de vacinação em dia?	7,5