



**unioeste**

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**JULIANE PAGLIARI ARAUJO**

**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DA CRIANÇA: AVALIAÇÃO SOB A  
ÓTICA DOS CUIDADORES**

**CASCABEL  
2014**

**JULIANE PAGLIARI ARAUJO**

**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DA CRIANÇA: AVALIAÇÃO SOB A  
ÓTICA DOS CUIDADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

**LINHA DE PESQUISA:**

Práticas e Políticas de Saúde

**ORIENTADORA:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Cláudia Silveira Viera

**CO-ORIENTADORA:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Rosana Gonçalves de  
Oliveira Toso

**CASCADEL  
2014**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Ficha catalográfica elaborada por Jeanine da Silva Barros CRB-9/1362**

A689a    Araujo, Juliane Pagliari  
          Atributos da atenção primária à saúde da criança: avaliação sob a  
          ótica dos cuidadores. / Juliane Pagliari Araujo.— Cascavel, PR:  
          UNIOESTE, 2014.  
          190 p. ; 30 cm.

          Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Silveira Viera  
          Co-orientadora: Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira  
          Toso  
          Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.  
          Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde,  
          Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.  
          Bibliografia.

          1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Saúde da  
          criança. I. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. II. Título.

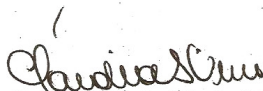
CDD 21.ed. 614.87

FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANE PAGLIARI ARAUJO

**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA:  
AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em  
Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela  
Banca Examinadora.



Orientador: Profª. Dra. Cláudia Silveira Viera

UNIOESTE



Profª. Dra. Patrícia Oehlmeier Nassar

UNIOESTE



Profª. Dra. Neusa Collet

UFPb

CASCADEL-PR

(fevereiro/2014)

## Dedicatória

Ao meu esposo José Tadeu  
por acreditar e participar dessa conquista.  
Obrigada pelo incentivo e sempre estar presente  
na minha vida. Por onde for quero ser seu par.

*Vim tanta areia andei  
Da lua cheia eu sei  
Uma saudade imensa...*

*Vagando eu verso eu vim  
Vestido de cetim  
Na mão direita rosas vou levar...*

*Olha lua mansa se derramar  
Ao luar descansa o meu caminhar  
Meu olhar em festa se fez feliz  
Lembrando a seresta que um dia eu fiz  
Por onde for quero ser seu par...*

*Já me fiz a guerra por não saber  
Que essa terra encerra o meu bem querer  
E jamais termina o meu caminhar  
Só o amor me ensina onde vou chegar  
Por onde for  
Quero ser seu par...*

*Rodei de roda andei  
Dança da moda eu sei  
Cansei de ser sozinha*

*Verso encantado usei  
Meu namorado é Rei  
Nas lendas dos caminhos  
Onde andei...*

*No passo da estrada só faço andar  
Tenho o meu amor pra me acompanhar  
Vim de longe léguas cantando eu vim  
Vou lá faço trégua sou mesmo assim  
Por onde for  
Quero ser seu par...*

*Já me fiz a guerra por não saber  
Que essa terra encerra o meu bem querer  
Que jamais termina o meu caminhar  
Só o amor me ensina onde vou chegar*

*Por onde for  
Quero ser seu par.*

## **ANDANÇA**

**(PAULINHO TAPAJÓS; EDMUNDO SOUTO E DANILO CAYMMI)**

# Agradecimento Especial

Aos meus pais, **Neuro** e **Maristela**,  
pelo amor incondicional, incentivo e entendimento  
nos momentos de ausência (e foram muitos).  
Pai, obrigada por entender esses momentos.  
Mãe obrigada por ser companheira nas muitas situações  
em que eu precisava de uma palavra de incentivo  
e motivação para cumprir mais essa etapa.  
Amo muito vocês.

# Agradecimentos

A Deus  
por iluminar essa trajetória e me fortalecer  
os momentos difíceis, possibilitando  
a conclusão desse trabalho.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Silveira Viera  
pela sabedoria, competência e apoio para  
a realização desta pesquisa.  
Obrigada pelos momentos de carinho e compreensão.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
por seu profissionalismo, apoio e respeito,  
por sempre estar presente na minha formação.

Ao meu irmão João Henrique,  
pelos telefonemas de apoio e carinho.

Aos amigos do IFPR,  
Simone, pelos telefonemas intermináveis,  
a Jacke, minha estatística preferida,  
João, por me apresentar a Josi,  
a Josi, por me ensinar estatística.

A minha amiga Nati  
que sempre está presente nos grandes  
momentos da minha vida.



A toda minha família  
que sempre torceu por mim.

Aos acadêmicos dos cursos de enfermagem,  
medicina e especialização em saúde pública - *lato sensu*,  
que participaram da coleta dos dados,  
sem vocês tudo seria mais difícil.

Aos docentes do Programa de Mestrado  
em Biociências e Saúde  
pelo carinho e dedicação.

Aos colegas do colegiado de enfermagem do IFPR  
que permitiram minhas ausências.

Aos cuidadores que participaram  
desta pesquisa, possibilitando a sua realização.

À Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR  
pela permissão para a realização da pesquisa.

À banca examinadora  
pela disponibilidade em avaliar esse trabalho.

A todos que de alguma forma contribuíram  
nessa minha jornada.

Muito Obrigada!!!

*"Quero, um dia,  
poder dizer às pessoas que nada foi em vão...  
que o amor existe, que vale a pena se doar  
às amizades e às pessoas, que a vida é BELA sim,  
e que eu sempre dei o melhor de mim...  
e que valeu a pena!!!"*

**MARIO QUINTANA**

ARAUJO, Juliane Pagliari. Atributos da Atenção Primária à Saúde da Criança: avaliação sob a ótica dos cuidadores 2014. 190p. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PR, 2014.

## RESUMO

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização e reorganização do sistema de saúde, bem como da mudança na prática clínico-assistencial, constituindo-se no primeiro nível de atenção. Segundo o referencial teórico postulado por Starfield, a APS é caracterizada por atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, os quais devem estar presentes nos serviços de saúde para que realmente este esteja orientado para a APS. A partir da avaliação da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados à APS, têm-se elementos consistentes para identificar as fragilidades do sistema e orientar a organização dos serviços de saúde na produção do cuidado, em específico neste estudo, ao grupo populacional de zero a 12 anos incompletos. **Objetivo:** Avaliar o grau de orientação da atenção primária à saúde da criança em relação à extensão dos atributos da APS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo avaliativo. Foram realizadas 548 entrevistas com cuidadores de crianças menores de 12 anos atendidas nas 24 unidades de saúde da área urbana do município de Cascavel-PR. As entrevistas foram conduzidas por instrumento próprio denominado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool - Brasil versão criança, bem como, por um instrumento formulado pelo grupo de pesquisa, com relação aos aspectos socioeconômicos das famílias. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Os dados foram digitados em um banco de dados criado no programa Excel 2010, com dupla entrada e conferência dos dados para maior confiabilidade, posteriormente enviados para o software SPSS 17.0, sendo calculado a média, erro padrão, mínima e máxima. As amostras descritivas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. Para obter o escore essencial da APS, foi calculada a média geral dos atributos e dividido pelo número de atributos. Para comparação da presença e extensão dos atributos utilizou-se como ponto de corte os valores de escores  $\geq 6,6$ , definidos como elevados e valores  $< 6,6$  considerados baixos/insatisfatórios. **Resultados:** Os dados analisados demonstraram que os serviços básicos de saúde pública do município de Cascavel-PR, não apresentam orientação para a APS, pois os atributos essenciais e derivados não foram reconhecidos em sua extensão e totalidade pelos cuidadores das crianças que utilizam esses serviços. O escore geral da APS foi 6,3, demonstrando a não orientação da APS para a atenção primária à criança, contribuindo para a não resolutividade da assistência prestada. O atributo acesso de primeiro contato obteve escore médio satisfatório no processo do cuidado – utilização (8,6), porém, relativo à estrutura do cuidado – acessibilidade- o escore 5,5 aponta fragilidade nesse atributo. O baixo escore da estrutura implica em dificuldades de acesso das crianças aos serviços, bem como, deficiência de estrutura organizacional e recursos humanos para uma assistência integral e de qualidade voltada à saúde infantil. A longitudinalidade também apresentou baixo escore (6,1), apontando dificuldade de interação entre os serviços e as famílias das crianças ao longo do tempo, o qual implica em um cuidado fragmentado e pouco resolutivo. Na avaliação da integralidade da atenção, os serviços disponíveis e os serviços prestados apresentaram escores médios insatisfatórios (6,0 e 6,1 respectivamente). Nesse sentido, tem-se a necessidade de ampliação dos serviços ofertados pela atenção primária para que o cuidado à criança possa ser resolutivo nesse ponto da atenção. Dos atributos essenciais, o único a apresentar escores satisfatórios na estrutura (7,4) e no processo (6,9) do cuidado referiu-se à coordenação da atenção. Os atributos derivados – orientação familiar (4,4) e orientação comunitária (5,1) apresentaram escores aquém do considerado satisfatório, não integrando a família e a comunidade no cuidado à criança. **Considerações:** Percebe-se a dificuldade de orientação para a APS nos serviços de saúde avaliados pela falta de total extensão dos atributos da APS no cuidado, fortalecendo a cultura de assistência curativa e centrada no indivíduo. Saliencia-se a necessidade de ampliação da rede de Estratégia Saúde da Família no município, alterando o processo de cuidado e o modelo assistencial, assim como a adoção de um sistema integrado de serviços de saúde. O fortalecimento da APS pode resultar em melhores condições de saúde da população infantil, tendendo à redução da morbimortalidade por causas evitáveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Saúde da criança.

ARAUJO, Juliane Pagliari. Attributes of primary health care for children: review from the perspective of caregivers. 2014. 190p. Dissertation (Master in Bioscience and Health). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PR, 2014.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Primary Health Care (PHC) is a strategy of organization and reorganization of the health system as well as the change in clinical care practice, constituting the first level of care. According to the theory postulated by Starfield, PHC is characterized by essential attributes: first contact access, longitudinality, comprehensiveness, and coordination of care, and derived attributes: family counseling, community orientation and cultural competence, which must be present in the service health so that this is really oriented PHC. From the evaluation of the presence and extent of the essential attributes and derived the PHC, have become consistent elements to identify the weaknesses of the system and guide the organization of health care services in production, specifically in this study, the population group zero to 12 years old. **Objective:** To evaluate the degree of orientation of the primary health care of the child in relation to the extension of the attributes of PHC. **Methodology:** This is a quantitative study, the evaluative. 548 interviews with caregivers of children younger than 12 years who were treated in 24 health units in the urban area of the city of Cascavel - PR were performed. The interviews were conducted by special act called Assessment Tool Primary - PCATool - Brazil child version, as well as by an instrument made by the research group, in relation to socioeconomic families. Data collection occurred from October 2012 and February 2013. Data were entered into a database created in Excel 2010 program, with double entry and checking of data for greater reliability, then sent to the software SPSS 17.0, the mean, standard error, minimum and maximum being calculated. Descriptive samples were presented as absolute and relative frequencies. For the bulk of the PHC score, the overall average of the attributes was calculated and divided by the number of attributes. For comparison of the presence and extent of attributes was used as cutoff values  $\geq 6.6$  scores, defined as high and values  $< 6.6$  were considered low/unsatisfactory. **Results:** The data showed that the basic public health services of the city of Cascavel - PR, does not have guidance for PHC because the essential attributes and derivatives were not recognized in their full extent and caregivers of children using these services. The overall score of APS was 6,3, demonstrating the lack of guidance PHC for primary care to the child, not contributing to solving the healthcare provided. The access attribute of first contact had satisfactory mean score in the care process - using (8,6), however, on the structure of care - accessibility - score 5.5 points fragility in this attribute. The low score of the structure implies difficulties in children access to services, as well as deficiency of organizational structure and human resources for comprehensive care and quality focused on child health. The longitudinality also showed low score (6,1), indicating the difficulty of interaction between services and families of children over time, which implies a fragmented and poorly resolute care. In the evaluation of integrated care services available and services produced unsatisfactory average scores (6,0 and 6,1 respectively). In this sense, there is a need to expand the services offered by the primary care for the child care may be resolving this point of attention. Essential attributes, the one to submit satisfactory scores on the structure (7,4) and the process (6,9) care referred to the coordination of care. Derived attributes - family orientation (4,4) and community orientation (5,1) had scores below the satisfactory, non integrating family and community in child care. **Considerations:** We can see the difficulty of guidance for PHC in health services measured by the lack of full extension of the APS attributes of care, strengthening the culture of curative care and focused on the individual. We emphasize the need for expansion of the Family Health Strategy services in the city, changing the process of care and assistance model, as well as the adoption of an integrated system of health services. Strengthening of PHC can result in better health of the child population, tending to reduce morbidity and mortality from preventable causes.

**KEYWORDS:** Primary health care. Health evaluation. Child health.

ARAUJO, Juliane Pagliari. Los atributos de la atención primaria de la salud para los niños: examen desde la perspectiva de los cuidadores. 2014. 190p. Disertación (Maestría en Biociencias y Salud). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PR, 201.

## RESUMEN

**Introducción:** La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia de organización y reorganización del sistema de salud, así como el cambio en la práctica de la atención clínica, lo que constituye el primer nivel de atención. De acuerdo con la teoría postulada por Starfield, APS se caracteriza por atributos esenciales: acceso primer contacto, longitudinalidad, integralidad, y la coordinación de la atención, y los atributos derivados: orientación familiar, orientación comunitaria y competencias culturales, que deben estar presentes en el servicio salud, para que este se orienta realmente APS. A partir de la evaluación de la presencia y el alcance de los atributos esenciales y derivados de los APS, se han convertido en elementos constantes para identificar las debilidades del sistema y guiar a la organización de los servicios de salud en la producción, específicamente en este estudio, el grupo de población de cero 12 años. **Objetivo:** Evaluar el grado de orientación de la atención primaria de la salud del niño en relación con la extensión de los atributos de la APS. **Metodología:** Se trata de un estudio cuantitativo, la evaluación. Se realizaron 548 entrevistas con los cuidadores de niños menores de 12 años que fueron tratados en 24 unidades de salud en el área urbana de la ciudad de Cascavel -PR. Las entrevistas se realizaron mediante un acto especial llamado Instrumento de evaluación primaria - PCATool - versión infantil de Brasil, así como por un instrumento hecho por el grupo de investigación, en relación a familias de nivel socioeconómico. La recolección de datos tuvo lugar entre octubre de 2012 y febrero de 2013. Los datos fueron introducidos en una base de datos creada en Excel programa de 2010, con doble entrada y comprobación de los datos para una mayor fiabilidad, y luego enviado al software SPSS 17.0, la media, el error estándar, mínimo y máximo que se calcula. Muestras descriptiva se presentan como frecuencias absolutas y relativas. Para la mayor parte de la puntuación de APS, se calculó el promedio general de los atributos y se divide por el número de atributos. Para la comparación de la presencia y extensión de los atributos se utilizó como punto de corte los valores  $\geq 6,6$  partituras, definidas como de alta y valores  $< 6,6$  se consideraron de baja/no satisfactorio. **Resultados:** Los datos mostraron que los servicios básicos de salud pública de la ciudad de Cascavel -PR, no tiene una guía para APS porque los atributos y derivados esenciales no fueron reconocidos en toda su extensión y los cuidadores de los niños que utilizan estos servicios. La puntuación global de APS fue de 6,3, lo que demuestra la falta de orientación para el niño primaria APS, contribuyendo a no resolver la asistencia prestada. El atributo de acceso del primer contacto tuvo media de puntuación satisfactoria en el proceso de atención - con ayuda de (8,6), sin embargo, en la estructura de la atención - la accesibilidad de puntuación 5,5 puntos fragilidad en este atributo. La puntuación baja de la estructura implica dificultades en los niños el acceso a los servicios, así como la deficiencia de la estructura organizativa y los recursos humanos para la atención integral y de calidad centrado en la salud infantil. La extensión longitudinal también mostró puntuación baja (6,1), lo que indica la dificultad de la interacción entre los servicios y las familias de niños con el tiempo, lo que implica una atención fragmentada y poco resolutive. En la evaluación de los servicios de atención integral disponibles y servicios producidos puntajes promedio insatisfactorios (6,0 y 6,1 respectivamente). En este sentido, existe la necesidad de ampliar los servicios que ofrece la atención primaria para el cuidado de niños puede ser la solución de este punto de atención. Atributos esenciales, la de presentar los resultados satisfactorios de la estructura (7,4) y el proceso (6,9) la atención se refiere a la coordinación de la atención. Los atributos derivados - orientación familiar (4,4) y la orientación de la comunidad (5,1) obtuvieron puntuaciones por debajo de la satisfactoria, no la familia y la comunidad en la integración de cuidado de niños. **Consideraciones:** Podemos ver la dificultad de orientación para la atención primaria de salud en los servicios de salud medida por la falta de extensión completa de los atributos de APS de la atención, el fortalecimiento de la cultura de la atención curativa y centrado en la persona. Hacemos hincapié en la necesidad de expansión de los servicios de la Estrategia Salud de la Familia en la ciudad, cambiando el proceso de atención y el modelo de asistencia, así como la adopción de un sistema integrado de servicios de salud. Fortalecimiento de la atención primaria de salud puede dar lugar a una mejor salud de la población infantil, que tiende a reducir la morbilidad y la mortalidad por causas prevenibles.

**PALABRAS CLAVE:** atención primaria de salud. Evaluación de la Salud. La salud del niño.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|                 |                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>AB</b>       | Atenção Básica                                                       |
| <b>ABS</b>      | Atenção Básica em Saúde                                              |
| <b>ACS</b>      | Agente Comunitário de Saúde                                          |
| <b>AIDPI</b>    | Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância                  |
| <b>AIS</b>      | Ações Integradas de Saúde                                            |
| <b>AMQ</b>      | Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família    |
| <b>APS</b>      | Atenção Primária à Saúde                                             |
| <b>ATSCAM</b>   | Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno               |
| <b>CAP</b>      | Caixas de Aposentadoria e Pensão                                     |
| <b>CAPS III</b> | Centro de Atenção Psicossocial                                       |
| <b>CAPS AD</b>  | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas                       |
| <b>CAPSi</b>    | Centro de Atenção Psicossocial Infantil                              |
| <b>CASM</b>     | Centro de Atenção em Saúde Mental                                    |
| <b>CEDIP</b>    | Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias                 |
| <b>CEONC</b>    | Centro de Oncologia                                                  |
| <b>CEP</b>      | Comitê Permanente de Ética em Pesquisa                               |
| <b>CID</b>      | Classificação Internacional de Doenças                               |
| <b>CNPq</b>     | Conselho Nacional de Pesquisa                                        |
| <b>CONANDA</b>  | Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente |

|                |                                                                 |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>CPMI</b>    | Coordenação de Proteção Materno-Infantil                        |
| <b>DAMI</b>    | Divisão de Amparo à Maternidade e a Infância                    |
| <b>DAPEs</b>   | Departamento de Ações Programáticas Estratégicas                |
| <b>DINSAMI</b> | Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil                      |
| <b>DNCr</b>    | Departamento Nacional da Criança                                |
| <b>ECA</b>     | Estatuto da Criança e do Adolescente                            |
| <b>ESF</b>     | Estratégia Saúde da Família                                     |
| <b>GPEMI</b>   | Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil                |
| <b>HIV</b>     | Human Immunodeficiency Virus                                    |
| <b>IAP</b>     | Instituto de Aposentadoria e Pensão                             |
| <b>IHAC</b>    | Iniciativa de Hospitais Amigo da Criança                        |
| <b>INPC</b>    | Índice Nacional de Preços ao Consumidor                         |
| <b>INPS</b>    | Instituto Nacional de Previdência Social                        |
| <b>IRA</b>     | Infecção Respiratória Aguda                                     |
| <b>MC</b>      | Método Canguru                                                  |
| <b>NASF</b>    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                              |
| <b>NV</b>      | Nascidos Vivos                                                  |
| <b>ODM</b>     | Objetivos do Desenvolvimento do Milênio                         |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial da Saúde                                    |
| <b>PAISMIC</b> | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança |
| <b>PAISC</b>   | Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança             |

|                 |                                                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>PAISM</b>    | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher                          |
| <b>PACS</b>     | Programa Agente Comunitário de Saúde                                        |
| <b>PCATool</b>  | Primary Care Assessment Tool                                                |
| <b>PMAQ</b>     | Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| <b>PROASP</b>   | Programa de Assistência à Saúde Perinatal                                   |
| <b>PSE</b>      | Programa Saúde na Escola                                                    |
| <b>PSF</b>      | Programa Saúde da Família                                                   |
| <b>RAS</b>      | Rede de Atenção à Saúde                                                     |
| <b>RSB</b>      | Reforma Sanitária Brasileira                                                |
| <b>SAS</b>      | Secretaria de Atenção à Saúde                                               |
| <b>SUS</b>      | Sistema Único de Saúde                                                      |
| <b>TCLE</b>     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                  |
| <b>UBS</b>      | Unidade Básica de Saúde                                                     |
| <b>UEL</b>      | Universidade Estadual de Londrina                                           |
| <b>UFPB</b>     | Universidade Federal da Paraíba                                             |
| <b>UNICEF</b>   | Fundo das Nações Unidas para a Infância                                     |
| <b>UNIOESTE</b> | Universidade Estadual do Oeste do Paraná                                    |
| <b>UOPECCAN</b> | União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer                       |
| <b>UPA</b>      | Unidade de Pronto-atendimento                                               |
| <b>USF</b>      | Unidade Saúde da Família                                                    |



## LISTA DE TABELAS

|               |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|---------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>TABELA</b> | <b>1</b> | Composição da amostra em relação à população de crianças menores de doze anos atendidas no município de Cascavel, PR segundo informações das UBS e USF Morumbi no ano de 2012 .....                                                                                                                                                  | 82  |
| <b>TABELA</b> | <b>2</b> | Dados das crianças atendidas nos serviços de APS no município de Cascavel entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, relacionados ao número de filhos na família, intervalo entre os partos e o parto da criança e a posição da criança na família. Cascavel – 2013 .....                                                            | 90  |
| <b>TABELA</b> | <b>3</b> | Distribuição sobre dados do principal cuidador de crianças atendidas nas UBS e USF do município de Cascavel entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, sua idade e escolaridade. Cascavel, 2013 .....                                                                                                                                | 92  |
| <b>TABELA</b> | <b>4</b> | Dados referentes à situação conjugal, escolaridade e ocupação profissional dos pais das crianças atendidas na UBS e USF município de Cascavel-PR entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Cascavel – PR, 2013 .....                                                                                                                | 94  |
| <b>TABELA</b> | <b>5</b> | Dados referentes à renda familiar, número de pessoas e quem contribui para a renda, número de dependentes e tipo de transporte utilizado pelas famílias das crianças atendidas na UBS e USF município de Cascavel-PR entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Cascavel – PR, 2013 .....                                            | 98  |
| <b>TABELA</b> | <b>6</b> | Dados referentes à procedência da residência, tipo de construção, número de cômodos, características da área e da rua da residência, condições de saneamento e eletricidade das casas das famílias das crianças atendidas na UBS e USF município de Cascavel-PR entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Cascavel – PR, 2013 ..... | 101 |

## **ARTIGO 1**

|               |          |                                                                                                                                                    |     |
|---------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>TABELA</b> | <b>1</b> | Caracterização das famílias das crianças menores de doze anos de idade atendidas nos serviços de atenção primária à saúde. Cascavel-PR, 2013 ..... | 114 |
| <b>TABELA</b> | <b>2</b> | Atributos essenciais e derivados dos serviços de APS no município de Cascavel –PR, 2013 .....                                                      | 115 |

## **ARTIGO 2**

|               |          |                                                                                                                  |     |
|---------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>TABELA</b> | <b>1</b> | Profissional ou serviço de saúde referenciado pelo cuidador quanto ao grau de afiliação. Cascavel-PR, 2013 ..... | 131 |
| <b>TABELA</b> | <b>2</b> | Atributo de Orientação Familiar. Cascavel-PR, 2013 .....                                                         | 131 |
| <b>TABELA</b> | <b>3</b> | Atributo de Orientação Comunitária. Cascavel-PR, 2013 .....                                                      | 132 |

# SUMÁRIO

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                         | <b>19</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>                                                                                          | <b>28</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....                                                                                          | 29        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                                                   | 29        |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                                                              | <b>30</b> |
| 3.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO .....                                                                           | 31        |
| 3.2 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE DA CRIANÇA .....                                                            | 36        |
| 3.3 INDICADORES DE SAÚDE E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO<br>PRIMÁRIA À SAÚDE .....                                         | 48        |
| <b>4 PERSPECTIVA METODOLÓGICA .....</b>                                                                           | <b>73</b> |
| 4.1 LOCAL DO ESTUDO .....                                                                                         | 75        |
| 4.2 COLETA DE DADOS .....                                                                                         | 77        |
| 4.3 FONTE DE DADOS .....                                                                                          | 80        |
| 4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....                                                                                     | 80        |
| 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....                                                                                   | 83        |
| 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....                                                                                   | 84        |
| 4.7 VARIÁVEIS .....                                                                                               | 84        |
| 4.8 ANÁLISE DOS DADOS .....                                                                                       | 84        |
| 4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....                                                                                         | 86        |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                                                                             | <b>88</b> |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS ATENDIDAS<br>NOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PR ..... | 89        |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>6 CONCLUSÕES .....</b> | <b>139</b> |
|---------------------------|------------|

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>REFERÊNCIAS .....</b> | <b>144</b> |
|--------------------------|------------|

## **APÊNDICES**

|                                                                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>APÊNDICE A – PESQUISA MULTICÊNTRICA – AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA .....</b> | <b>159</b> |
| <b>APÊNDICE B – CARTÃO RESPOSTA.....</b>                                                                            | <b>163</b> |
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>                                                | <b>164</b> |
| <b>APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>                    | <b>165</b> |

## **ANEXOS**

|                                                                                                 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS – PCATool VERSÃO CRIANÇA .....</b>                 | <b>167</b> |
| <b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>        | <b>179</b> |
| <b>ANEXO C – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DA REVISTA TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM .....</b> | <b>180</b> |
| <b>ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DA REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM .....</b> | <b>184</b> |

# Introdução

## 1 INTRODUÇÃO

Diversas transformações de ordem demográfica, social, política e econômica têm modificado a sociedade brasileira nas últimas décadas. Tais transformações geraram fortes impactos nas condições de vida e saúde da população, criando novas demandas para o sistema público de saúde.

Nesse contexto, os conceitos de saúde e de doença também sofreram modificações ao longo dos anos, e por muitas vezes foram cenário de discussões para as mudanças nas políticas públicas de saúde. Vinculados a essas modificações era preciso avançar ainda na compreensão do processo saúde-doença para que fosse ampliado o olhar para além dos problemas biológicos. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946, p. 01) definiu saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.” Este conceito, durante muitas décadas, foi alvo de críticas, mas, como Badziak e Moura (2010) apontam, apesar dessas críticas decorrentes do motivo de ter a saúde como algo utópico e inalcançável, esse conceito foi fundamental para as políticas de saúde, no sentido que considerou o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e dos determinantes sociais, e não apenas determinantes biológicos da saúde.

No entanto, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde, emerge a necessidade de repensar o conceito da OMS. Para tanto, na oitava Conferência Nacional de Saúde Brasileira, tal conceito foi revisto e ampliado, passando a ser definido que

saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, [educação](#), renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Por outro lado, a doença sempre esteve presente na história da humanidade. O modo como era vista, como justificativa política, associada a aspectos religiosos ou como produto da desarmonia entre as forças vitais, indicava

se havia necessidade de intervenção para um determinado evento, e qual seria tal intervenção (SCLIAR, 2007). Assim, observa-se que o processo saúde-doença é inerente à vida e resultante de seus determinantes e condicionantes. Estes conceitos, então, revestem-se de ampla importância, pois neles estão fundamentadas as políticas de saúde pública e sua forma de execução.

Partindo-se de uma definição mais abrangente de saúde, não restrita a um conceito limitado e reduzido à esfera biológica do indivíduo, mas que compreendem aspectos sociais e políticos, as políticas públicas de saúde tenderão a tornarem-se mais efetivas (PUCCINI; CECILIO, 2004). Dessa forma, são orientadas a centrar-se em medidas voltadas para a promoção e prevenção da saúde e na visão da saúde como determinada socialmente, medidas essas mais eficazes e com menor custo que o modelo assistencialista e curativo, meramente pautado pelo conceito de doença.

Na evolução histórica do conceito de saúde denotando na busca por políticas públicas que se adequem a cada momento, no Brasil, essas políticas, desde o final da década de 1970, vivenciaram um processo de transformação desencadeado pela crise do Estado e da sociedade e emergindo os movimentos sociais em prol da redemocratização do país. Paralelo a esse movimento tem-se o movimento sanitarista com a participação de profissionais de saúde, usuários, políticos e participação popular, gerando o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2008a).

O marco temporal dessa reforma foi a oitava Conferência Nacional de Saúde, que teve como resultado a tentativa de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, formalizada com a promulgação da Constituição Federal de 1988, da qual emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Com todas essas mudanças, as políticas públicas de saúde tiveram modificações significativas, em que a ideia de “saúde para todos” (grifo nosso) ganhou força, pois passou a ser um direito de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a). Assim, o SUS foi criado com o objetivo de orientar as ações e serviços de saúde, prevendo um acesso universal, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos.

No Brasil, após a Constituição Federal de 1988, a atenção primária ou atenção básica passou a fazer parte do cenário de atenção à saúde com estratégias prioritárias, sendo implementados programas pelo Ministério da Saúde como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), hoje ampliado e denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Atenção Básica à Saúde (ABS) (BRASIL, 1997a; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a).

O PACS foi criado no início da década de 1990, com objetivo de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, por meio da extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas com maiores índices de pobreza, estendendo as ações não só para o indivíduo, mas também para sua família (ROSA; LABATE, 2005). Dessa forma, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) constitui-se em elo entre a comunidade e o serviço, englobando ações de promoção e prevenção de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2000a; PAIM, 2008b; BRASIL, 2009a).

A partir do êxito do PACS, em 1994, foi criado o PSF que passou a ser inserido nas políticas públicas de saúde, tendo por finalidade contribuir para a construção, consolidação e reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (AB), em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 2000a; ALVES, 2005). Paim (2008b) aponta que os modelos de atenção à saúde devem estar pautados na busca da compreensão, além de orientarem as escolhas técnicas e decisões políticas. No contexto da ESF, a atenção à saúde é realizada por uma equipe multiprofissional, trabalhando de forma interdisciplinar, devendo considerar o indivíduo como um todo, bem como as suas condições de trabalho, de moradia, relações com a família e com a comunidade.

Na ESF, a família é o centro da atenção e da assistência, estabelecendo uma nova perspectiva de trabalho, sem dar enfoque somente ao indivíduo doente, introduzindo, assim, uma nova visão no processo de intervenção em saúde. Outro objetivo desse novo modelo de atenção é a assistência pautada na promoção e prevenção de doenças, na ampliação do acesso à saúde da



população, e não meramente curativa, fragmentada, tecnicista, ineficiente e pouco resolutiva (BRASIL, 2000a; ROSA; LABATE, 2005; PAIM, 2008b).

Na concepção e organização do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) está centrada na ESF e pode ser entendida como serviço de saúde do primeiro nível de atenção, componente de um sistema integrado de serviços e caracterizado pela continuidade e integralidade da atenção. A APS assume a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, a atenção centrada na família e a orientação comunitária das ações (STARFIELD, 2002). Desse modo, essa esfera do sistema de saúde assume o cuidado a todos os segmentos populacionais adscritos em seu território, devendo promover sua inserção nos serviços de saúde e assumir a responsabilidade pela continuidade do cuidado ao longo de suas vidas.

Dentre esses grupos populacionais tem-se a criança, cuja assistência está integrada nas ações que preconizam e direcionam a APS e que visam melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade infantil por doenças evitáveis. Esse segmento teve também mudanças nas políticas de saúde e vem conquistando espaço e desenvolvimento nos últimos anos.

Nesse sentido, as políticas de saúde dirigidas à criança, vigentes no país, apresentam ações norteadas por diretrizes específicas desde o nascimento até a adolescência. Contudo, apesar das inúmeras ações voltadas à prevenção e promoção da saúde da população infantil, é clara a transformação na situação de saúde no país, que mostra uma característica de adoecimento, em que se têm as condições agudas e a agudização das condições crônicas de saúde convivendo com as causas externas e doenças infecciosas, no que Mendes (2011) denomina tripla carga de doenças.

Nesse contexto, as ações desenvolvidas pelo sistema de saúde fragmentado não estão obtendo respostas efetivas frente essa característica de adoecimento. Gerando novas reflexões para mudanças no modo de fazer saúde no país, o governo brasileiro propôs então a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), estabelecendo diretrizes para a organização de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa portaria apresenta um novo modo de “organizar o

sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira” (MENDES, 2011, p.18).

Para dar início à implantação das RAS, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, a qual consiste em rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

A proposição das RAS para atenção à saúde a grupos considerados prioritários levou à criação da Rede Cegonha, em âmbito nacional, para atenção ao grupo materno-infantil. Essa foi a forma encontrada pelos gestores do sistema para superar a fragmentação do cuidado descrito acima. Nesse sentido, a APS passa a existir e se concretizar por meio da ESF num desenho de redes poliárquicas de atenção, com a APS como ordenadora do funcionamento das distintas redes. Essa discussão começa a tomar forma em alguns estados brasileiros, a exemplo do Paraná, que implantou em 2012 a Rede Mãe Paranaense, como forma de desfraldar a atenção à saúde da mãe e da criança no estado (PARANÁ, 2012).

Apesar dessas ações de saúde que visam integralizar o cuidado à criança, bem como reduzir a mortalidade e a morbidade infantil, esses índices ainda continuam elevados em todo o país. Em pesquisa recente, Toso (2011) identificou que, no município de Cascavel-PR, 49,6% das crianças hospitalizadas tiveram como causa da internação as doenças respiratórias, consideradas de hospitalização evitável e sensíveis à resolutividade da atenção básica.

Ao analisar a resolutividade da atenção primária, utilizando instrumento de coleta de dados adaptado do PCATool - Brasil versão criança, em entrevistas com familiares e profissionais de saúde, a mesma autora identificou que o serviço de atenção básica nas unidades que fizeram parte do estudo não foram resolutivos, pois todas as crianças buscaram o serviço de saúde logo após o

surgimento dos sintomas e tiveram pelo menos três atendimentos anteriores à hospitalização por causas sensíveis, não sendo resolvido na atenção básica e resultando em agravamento do quadro com subsequente internação (TOSO, 2011).

Corroborando essa pesquisa, Viera et al. (2012), identificaram, em estudo que caracterizou as crianças menores de cinco anos atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de Cascavel-PR, que em relação às patologias diagnosticadas no atendimento na UPA, as doenças respiratórias foram responsáveis por 59,50% dos atendimentos. Ainda, 46,10% da amostra haviam sido hospitalizadas anteriormente à consulta na UPA, sendo que destes internamentos, 51,61% correspondiam a problemas respiratórios. Estes dados mostram que as crianças em estudo sofrem ainda problemas característicos da infância que levam à hospitalização, visto que, como no estudo de Toso (2011), a prevalência de hospitalizações por problemas respiratórios foi próxima.

A busca pelo atendimento na UPA, desse modo, deveu-se na maioria dos casos pelo mesmo problema, sendo este considerado evitável quando há um planejamento adequado na assistência integral à saúde infantil. Na etapa qualitativa do estudo de Viera et al. (2012), os pesquisadores observaram que os cuidadores levam seus filhos para atendimento nas UPA em busca de resolução dos problemas de saúde da criança, justificando essa busca por compreenderem a APS como de baixa resolutividade, procurando então o serviço de maior densidade tecnológica, como as UPA. As famílias apontam, ainda, dificuldades de acesso ao serviço de saúde, devido a sua forma de organização, com dificuldades para conseguir consultas, horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Unidades de Saúde da Família (USF) e até mesmo o horário da presença do profissional pediatra nos serviços, que coincidem com o horário de trabalho dos pais das crianças.

Nos estudos supracitados, observa-se que há uma vulnerabilidade programática no serviço de APS do município de Cascavel-PR, no que tange ao cuidado à saúde da criança. É necessário então, conhecer quais aspectos do

serviço não estão sendo operacionalizados de forma a promover a atenção resolutiva à saúde da criança na APS.

Neste sentido, tendo em vista a problemática apresentada acerca dos problemas de saúde infantil na rede básica do município de Cascavel – PR, torna-se fundamental aprofundar essa discussão acerca da efetividade da atenção à saúde da criança, na busca de entender os dados demonstrados nos estudos de Toso (2011) e Viera et al. (2012). Como apontam Harzheim, Stein e Álvarez-Dartet (2004), a maioria das doenças evitáveis prevalentes em crianças é considerada tecnologicamente simples e a maioria dos cuidados, tanto preventivos como curativos, relacionados a estes problemas, podem ser realizados em nível de atenção primária, não sendo necessário, assim, o cuidado hospitalar.

Desse modo, embasa-se este estudo na concepção teórica de Starfield (2002), que define a APS como o nível de atenção que proporciona a primeira entrada no sistema de saúde, oferecendo atenção à pessoa no decorrer do tempo, assistindo aos problemas mais comuns da comunidade, por meio da oferta de serviços de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Devem-se considerar alguns aspectos relevantes para que o serviço seja orientado para a APS, o qual a autora define como atributos essenciais, sendo: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e três atributos derivados desse mesmo sistema: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

No contexto apresentado, a presente pesquisa tem como **objeto de estudo**, os seguintes questionamentos:

*Os serviços de saúde da APS do município de Cascavel-PR, voltados à saúde da criança, apresentam os atributos essenciais e derivados, na avaliação do usuário?*

*Os serviços da rede básica do município de Cascavel – PR estão orientados à APS?*

Para tal, tem-se como pressuposto deste estudo que os serviços de saúde da APS do município de Cascavel-PR, não apresentam os atributos norteadores da APS em sua extensão e, para tanto, não estão orientados para a

efetiva atenção primária em saúde, produzindo um cuidado à saúde da criança não resolutivo.

Nesse contexto, com base nas premissas anteriormente apontadas, buscou-se, por meio do instrumento criado por Starfield e cols (2000), e validado no Brasil por Harzheim et al. (2006), medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde, mais especificamente na saúde da criança, a fim de ampliar a avaliação da atenção à saúde da criança na rede básica de saúde.

A presente pesquisa está inserida em um projeto multicêntrico, que envolve a Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, Universidade Estadual de Londrina - UEL e Universidade Federal da Paraíba - UFPB, aprovado pelo Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, no Edital Universal 014/2011. Desse modo, constitui-se em um recorte de tal projeto, que foi desenvolvido no município de Cascavel-PR.

A partir da avaliação da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados à APS, do conhecimento do perfil da morbimortalidade infantil e dos fatores que determinam a ocorrência e distribuição de saúde e doença dessa população, assim como, as doenças sensíveis à APS e tratáveis nesse âmbito, obtiveram-se elementos consistentes para orientar a organização dos serviços de saúde na produção do cuidado, em específico, neste estudo, ao grupo populacional de zero a 12 anos.

A avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS no município produziu dados que passam a ser apresentados e que podem incitar reflexões nas instâncias de coordenação e gestão municipal do sistema de saúde que venham a contribuir para a mudança do panorama encontrado, uma vez que a avaliação do processo de atenção da APS possibilitou localizar os pontos frágeis do sistema na percepção de seus usuários.

# Objetivos

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar o grau de orientação da atenção primária à saúde da criança em Cascavel-PR em relação à extensão dos atributos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar como os atributos de acesso de primeiro contato da criança e família, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação tem sido efetivados nas unidades urbanas de atenção básica e saúde da família do município de Cascavel - PR.
- Avaliar a extensão dos atributos da orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural na atenção à saúde da criança nos serviços de atenção primária do município de Cascavel - PR.

# Revisão de Literatura



## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Para construir o cenário do estudo, apresentam-se, a seguir, os pilares que norteiam a compreensão do objeto de estudo desta pesquisa. Assim, uma breve revisão da literatura sobre o sistema de saúde brasileiro, as políticas públicas da saúde da criança, indicadores de morbidade e mortalidade, bem como a compreensão adotada para a atenção primária à saúde e avaliação em saúde, são descritos a fim de estabelecer um recorte apropriado sobre a temática em estudo.

### **3.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

O Brasil se organiza em um sistema político federativo, constituído por três esferas de governo: a União, os Estados e os Municípios, e que devem trabalhar contemplando a diversidade brasileira, marcada pela sua extensão geográfica, sua cultura de miscigenação de raças e suas desigualdades sociais. Assim, nesse contexto, é preciso que sejam implementadas políticas sociais de abrangência nacional.

Dentre as tantas políticas sociais, têm-se as políticas públicas de saúde, as quais foram sendo redefinidas no Brasil, pautadas nas mudanças políticas, sociais e históricas, bem como, demográficas experimentadas pela Nação ao longo dos anos.

Nesse sentido, serão apontados alguns dos principais momentos históricos e de transição das políticas de saúde no Brasil, desde o período Imperial até os dias atuais, tendo destaque o período posterior à Constituição Federal de 1988, mais especificamente as políticas de saúde do SUS.

Do final do período imperial até a república velha, as ações governamentais na área da saúde eram restritas aos principais aglomerados urbanos e algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas. A Lei Eloi Chaves de 1923 foi o marco inicial da previdência social no Brasil, com a criação

das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), que estão diretamente relacionadas ao fundo previdenciário de participação na saúde. Durante a era Vargas, ocorreu a modernização do Estado Nacional que regularizou as relações de trabalho e transformou a agenda política de saúde, a qual, ao instituir as bases do sistema previdenciário, passou a incorporar os trabalhadores (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; SILVA, 2006).

O período conhecido como desenvolvimentismo populista ou democratização e desenvolvimento, que durou de 1946 a 1963, teve como destaques a criação do Ministério da Saúde, em 1953; do serviço de higiene infantil, em 1961; a formulação da Política Nacional de Saúde; a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que, posteriormente, em 1967, originaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a incorporação extensiva da assistência médica. Até a década de 1960, o sistema de saúde predominante no Brasil foi o modelo sanitarista campanhista, o qual restringia suas ações dando prioridade a uma política de saneamento com interesse na melhoria das áreas de circulação das mercadorias de exportação consideradas vitais para a economia, como o café (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

As campanhas sanitárias concentravam sua atuação em determinados agravos ou em grupos populacionais específicos com classificação de risco, deixando de se preocupar com as situações gerais de saúde (PAIM, 2008b). Durante a vigência desse sistema, os brasileiros eram divididos em classes sociais relacionadas à sua inserção ou não no mercado de trabalho formal (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). A assistência à saúde, nesse período, era de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Entre o período do golpe militar até a proposta da Reforma Sanitária Brasileira, destacam-se a consolidação do modelo biomédico, liberal e privatista, a diminuição de verbas e a consequente privatização no setor saúde, pois, devido à grande demanda dos beneficiários da previdência social, tornou-se impossível a este sistema médico atender toda a população. Dessa forma, o governo começou a alocar recursos públicos para a iniciativa privada, gerando um

modelo médico-assistencial-privatista, caracterizado como tecnicista, curativo e especialista, levando à fragmentação da assistência (ESCOREL, 2008).

Nesse contexto, o progressivo esgotamento do sistema vigente, principalmente no final da década de 1970, por ser de alto custo, deficitário e incapaz de atender os principais problemas de saúde, bem como, as demandas populacionais, levou à busca de novos modelos assistenciais, uma vez que o modelo hospitalocêntrico não atendia mais às reais necessidades da população (ROSA; LABATE, 2005; COELHO, 2010).

No início da década de 1980, em meio à crise financeira da previdência social, e da crise ideológica político-institucional, é que foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), visando um modelo assistencial descentralizado e integrado, incorporando o setor público e procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas (ESCOREL, 2008; PAIM, 2008b).

Com o advento da transição democrática, as políticas públicas de saúde passaram a fazer parte do cenário político e popular, ganhando força com o movimento de RSB e tendo maior destaque em 1986, após a oitava Conferência Nacional de Saúde, cujo texto final foi inserido na Constituição Federal de 1988.

O movimento de RSB teve início nas bases populares, nas classes trabalhadoras e intelectuais organizadas, com o objetivo de reorganizar o setor de saúde no Brasil, devendo ser entendido como processo de transformação da situação sanitária (PAIM, 2008a). Nesse sentido, o referido autor (2008a, p. 155-156) aborda trechos da proposta original da RSB, sendo que,

a Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde [tendo como pressupostos]: a) visão da saúde como um processo resultante das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a assistência médica, envolvendo 'todas as ações de promoção proteção e recuperação'; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que as ações e serviços de saúde estariam 'subordinados ao interesse público'; d) acesso universal e igualitário de toda a população e as ações e serviços necessários, sem discriminações; constituição do SUS com comando único em cada esfera de governo; e) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; f) distritalização; g) gestão colegiada.

Até o momento da reforma sanitária e da promulgação da Constituição Federal, a saúde no Brasil não era direito de todos e nem dever do Estado, sendo que somente uma parcela da população tinha esse direito garantido, mediante seguro social (ESCOREL, 2008; PAIM, 2008a).

No entanto, a partir da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas de saúde foram-se consolidando e ganhando novos formatos no Brasil. Abriram-se espaços para discussões e decisões políticas no campo sanitário e para a gestão democrática dos serviços de saúde, por meio da participação popular representada por diferentes sujeitos coletivos, que passaram a interagir entre si e com o Estado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Com a falência do sistema de saúde vigente no país e com o advento da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a qual traz em seu Artigo 196 que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Emerge assim, diante das necessidades apresentadas, a busca pela construção de um sistema nacional de saúde que culmina, em 1990, com a criação do SUS.

Partiu-se, então, da transição de um modelo de atenção curativa da saúde para a concepção de um modelo de atenção integral à população, salientando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a). Assim, houve a promulgação das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990 para regulamentar o SUS e dispor sobre sua estruturação (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). E, atualmente, a Lei 8.080 passou a ser regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011, no qual estão postos novos elementos para aprimorar a estruturação do sistema, apresentando a reforma para organização do SUS (BRASIL, 2011f).

Para tanto, o SUS deve ser entendido como um conjunto de princípios e diretrizes, válidos em todo o território nacional, como uma forma de

organizar ações e serviços de saúde, orientado por dispositivos jurídicos e normativos, sendo parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desses direitos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública: a seguridade social, a qual abrange além das políticas de saúde, as políticas de previdência e de assistência social. Dessa forma, a seguridade social tem por objetivo desenvolver ações coletivas para proteger os indivíduos dos riscos inerentes à vida humana (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Assim, a Carta Constitucional de 1988 apresentou a reformulação da estrutura de proteção social e o modelo de seguridade social no Brasil, nos quais estão presentes, a universalidade do atendimento e benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não; a equidade ao acesso e forma de participação no custeio; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços da população; a diversidade da sua base de financiamento e a gestão administrativa descentralizada de caráter democrática com a participação da população (BRASIL, 1988; COHN, 2003; BAPTISTA, 2007).

Na política de saúde, o SUS tem como princípios fundamentais, definidos no Artigo 7º da Lei nº 8.080/1990, o acesso universal de todos os brasileiros ao sistema, integralidade em todos os níveis de atendimento, igualdade na assistência, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, a equidade para a alocação dos recursos e para a orientação programática, bem como, a participação da comunidade (BRASIL, 1990a).

As propostas constantes no parágrafo anterior representam um rompimento com os antigos paradigmas de atenção à população. A ideia de universalidade e igualdade consiste na garantia de que o acesso universal é direito de todo cidadão brasileiro aos serviços e ações de saúde, independentemente de complexidade e custo, sem privilégios ou barreiras, bem como, de não haver discriminação de qualquer natureza, quebrando com uma desigualdade histórica, que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe (NOGUEIRA; MIOTO, 2006; VASCONCELOS; PASCHE, 2006; BAPTISTA, 2007).

A fim de operacionalizar melhor o SUS, pautado no princípio de descentralização, a nova normatização tem como foco a organização das RAS como estratégia para o cuidado integral, e tem a APS como sua base, sendo constituídas por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Destacam-se, ainda, as características de atenção primária estruturada como primeiro ponto de atenção e porta preferencial de entrada do sistema, constituída de equipe interdisciplinar, que abrange toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a), dentro das RAS.

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011f).

As políticas públicas de saúde, bem como as políticas sociais, foram, ao longo dos anos, sendo implementadas e ampliadas, a fim de suprirem as necessidades da população. No mesmo sentido, as políticas voltadas à saúde da criança sofreram significativas mudanças, que passam a ser apresentadas a seguir.

### **3.2 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE DA CRIANÇA**

O reconhecimento da criança enquanto ser biopsicossocial, assim como, seus direitos enquanto cidadãos foram-se delineando ao longo da história. A assistência à saúde da criança também passou por transformações e permanece em constante construção. Visando apreender essas transformações apresenta-se, a seguir, uma breve retomada de alguns aspectos relacionados com as políticas públicas de assistência à saúde da criança no Brasil.

Durante muitos anos a infância não foi reconhecida como uma fase do ciclo vital do homem. Somente a partir do século XII é que se observam

registros em pinturas, antigos diários de família, testamentos e documentos eclesiásticos representando a infância. Pode-se inferir que a criança, antes desse período, não era compreendida como indivíduo, mas sim, como um adendo da família, para tanto, não tinha representação social (CARVALHO, 2003).

As crianças eram reproduzidas e tratadas de maneira igual aos adultos, sem nenhuma característica infantil. As vestimentas, por exemplo, traduziam-se num atributo muito marcante, pois estas eram vestidas como os outros homens e mulheres de sua condição social. As crianças, nesse contexto, foram colocadas no lugar de “*infante*” (quietinhos), sem fala, como objetos da esfera doméstica. A infância não era percebida nem pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades específicas (ARIÈS, 2011). No decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas, que exigiram transformações sociais e econômicas.

A partir de transformações políticas, sociais e econômicas, ocorridas na Europa, durante o século XVIII, quando houve o estabelecimento de novas relações de poder entre Estado e sociedade, principalmente com o advento da Revolução Industrial, a qual levou à substituição do trabalho individual e manufatureiro pela produção baseada no uso de máquinas, com a necessidade cada vez maior de mão-de-obra, foi que surgiram as primeiras políticas públicas de saúde, as quais eram voltadas, em sua essência, ao controle social, serviços de saneamento e de saúde (ZIONI GOMES; ADORNO, 1990; FALEIROS, 2005). Consequentemente, o modo de produção capitalista, que fez o aumento da população tornar-se objetivo do Estado, o qual tinha como meta a expansão da produtividade e o fortalecimento do exército, está diretamente relacionado à estruturação e evolução dos serviços de saúde (COSTA et al., 2010).

Assim também, as transformações sociais na vida infantil ocorreram de forma integrada às mudanças estruturais na produção dos bens materiais das sociedades europeias, pois foi nesse período que emergiu um novo conceito e visão para a infância (FALEIROS, 2005; COSTA et al., 2010). A reestruturação do núcleo familiar europeu contribuiu para o aumento na importância da figura da criança, atribuindo-lhe individualidade, e fazendo com que

tivesse um mundo próprio, separado do mundo dos adultos (FALEIROS, 2005). As mudanças de paradigmas em relação à criança surgiram, pois, a partir das exigências sociais, que passaram a ter como foco o bem estar do indivíduo enquanto meio de produção.

No Brasil as mudanças começaram a ser percebidas a partir do final do século XIX, visto que, até meados do século XVIII, o conceito de saúde era discutido com base na simples percepção da relação entre "sujeira/cidade/doença" (grifo do autor), sendo priorizado o prejuízo ao comércio de produtos coloniais. Nesse período, não foram registradas intervenções e menção ao cuidado da saúde da criança (ZIONI GOMES; ADORNO, 1990).

O abandono e o modo indiferente com que as crianças eram tratadas refletiam também nos índices de mortalidade infantil, pois as condições sanitárias e sociais também eram precárias (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A assistência à saúde da criança, nesse período, era praticamente restrita aos recém-nascidos em momentos durante e imediatamente após o parto, dedicando-se cuidados e recomendações apenas aos primeiros momentos de vida. Assim, a partir dos primeiros meses, a criança era vista como adulto, sendo realizado o mesmo atendimento clínico, salientando somente a mera redução de peso e tamanho (PEREIRA, 2006).

Em 1920, surgem as primeiras preocupações com o atendimento à criança, a qual passou a ser considerada uma questão de higiene pública, visando à higiene infantil e de ordem social para fortalecer o projeto de nação saudável, ordeira e progressista (Ordem e Progresso) nos primeiros anos da República (ZIONI GOMES; ADORNO, 1990; FALEIROS, 2005). As ações higienistas enfocavam a proteção, o cuidado, o amparo e a educação da criança, com o fim de prevenir doenças e reduzir os elevados índices de mortalidade infantil.

A assistência à criança, no período higienista, teve uma redefinição, uma assistência sistematizada com relação a condutas alimentares, disciplinares, pedagógicas e mesmo de vestuário. No entanto, para desempenhar



esses cuidados, a família precisou redefinir o papel dos pais, organizando-se nesses novos moldes. Nessa época é regulamentada a licença maternidade, sendo entendido como licença à gestante e a puérpera, a qual tinha direito de licença de 30 dias para cada uma das situações, bem como a proibição de trabalho fabril para menores de 12 anos (ZIONI GOMES; ADORNO, 1990).

Ainda com foco na perspectiva higienista, em 1934 foi criada a Inspetoria de Higiene Infantil (Lei nº. 16.300/1923, Decreto nº. 24.278/1934), depois transformada em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. Em 1937, durante o Estado Novo, passou a ser denominada Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI), e com ascensão e importância burocrática e política, tornou-se Departamento Nacional da Criança (DNCR), em 1940, criado pelo presidente Getúlio Vargas, com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro (BRASIL, 2011c). O Estado brasileiro assumiu, assim, a responsabilidade pela saúde infantil em 1937. No entanto, segundo Novaes *apud* Zione Gomes; Adorno (1990, p. 209) não se registrou nenhum efeito prático,

ainda era grave a realidade:... a mortalidade infantil ainda se apresenta em níveis bastante elevados, existe elevado grau de desorganização administrativa... a medicina, supondo-se que ela tenha papel a cumprir no controle das doenças, ainda está desarmada, não tem os antibióticos e as vacinas.

Em 25 de julho de 1953, ocorreu o desmembramento entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, sendo que este último assumiu as ações desenvolvidas pelo DNCR. O mesmo foi responsável pela assistência materno-infantil no Brasil até 1969, integrando atividades dirigidas à maternidade, à infância e à adolescência, tendo como foco o desenvolvimento, a supervisão e a assistência técnica dos seguintes programas: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (BRASIL, 2011c).

Em 1970 foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), subordinada ao Ministério da Saúde e vinculada à Secretaria de Assistência Médica, e que tinha como atribuições o planejamento, orientações e

coordenação das atividades realizadas à mãe e ao filho, conforme o Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011c).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil foi criado em 1975 com o objetivo de redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, bem como, concentrar recursos financeiros, investir na infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar, visando à prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade da assistência à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, assim como, à criança menor de cinco anos. Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI se tornou o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011c).

No final da década de 1970, a criança ainda não era vista como foco do cuidado, sendo que a atenção assistencial e as políticas públicas estavam voltadas para as conquistas dos direitos e para a atenção integral da mulher-mãe e a criança encontrava-se nas entrelinhas do cuidado (COSTA et al., 2010).

No início dos anos 1980, podem ser destacados os avanços na organização da assistência perinatal e neonatal, com o processo de reorganização do sistema de saúde e a consolidação dos direitos da mulher e da criança. A partir desse momento, a criança passa a ser vista independente da mãe, com atenção e cuidados específicos, ocorrendo a separação dos programas de assistência voltados à mulher e à criança.

Em 1983, o Ministério da Saúde, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cujo objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

No entanto, já no ano seguinte, o PAISMC foi substituído por dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência

Integral à Saúde da Criança (PAISC). O surgimento desses dois programas teve como objetivos e prioridades a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde, a diminuição a morbimortalidade infantil e materna e o alcance de melhores condições de saúde, por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 2011c; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Assim, as principais medidas envolvendo o PAISC incluíram ações voltadas à atenção à saúde da criança em sua totalidade e abrangência, como: o crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido; aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; imunização e agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de zero a cinco anos (ROCHA; LIMA; SCOCHI 1997; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005; BRASIL, 2011a).

Em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº. 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora (BRASIL, 1990c; FALEIROS, 2005; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005; COSTA et al., 2010).

Sequencialmente, em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), cujo principal objetivo era a atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido. Esta proposta organizou a assistência perinatal a fim de regionalizar este atendimento; prover a melhoria da qualidade da assistência ao parto; o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido; instituindo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os recém-natos de risco e incentivando o aleitamento materno (COSTA et al., 2010).

A necessidade da implantação desse programa foi pautada pelos altos índices de morbidade e mortalidade no período perinatal. Destaca-se, ainda hoje, conforme dados que serão apresentados posteriormente, os números

elevados de internações hospitalares e mortalidade relacionados à atenção perinatal. Como a assistência ao período perinatal está intimamente ligada com os cuidados prestados na APS, faz-se necessário avaliar a efetividade dessa atenção, a fim de garantir um atendimento de qualidade ao recém-nascido.

Desse modo, concentrando esforços em direção aos princípios da humanização do atendimento materno-infantil e da redução da mortalidade perinatal, em 1993, a Portaria nº 1.016, torna obrigatória a implantação do alojamento conjunto, sendo que mãe e filho devem permanecer juntos durante todo o período de internação, desde o parto até a alta hospitalar, em todas as instituições do território nacional (BRASIL, 1993).

Com o intuito de garantir direitos da criança à assistência humanizada e com o incentivo ao aleitamento materno, em 1995, o Ministério da Saúde lançou a Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança (IHAC). Uma das estratégias desse programa é assegurar o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto a Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS (BRASIL, 1993; BRASIL, 2011c).

O modelo assistencial da prática obstétrica e neonatal, por muito tempo, esteve centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e nas práticas curativas. Ainda na atualidade, tal modelo, que se tornou hegemônico, traz, como consequências, dicotomias, como o distanciamento entre o saber científico e o saber popular (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005). A IHAC emergiu como meio de integrar a assistência, proporcionando autonomia para a mãe e bebê, principalmente, no que se refere ao parto humanizado e aleitamento materno.

A partir do final da década de 1990, foi estruturado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, quando ocorreu a organização do atendimento à gestante de alto risco. Foram destinados recursos específicos para a compra de materiais e equipamentos, bem como, para o treinamento dos profissionais, com o objetivo de integrar e melhorar a qualidade da assistência no pré-natal e do vínculo entre o pré-natal e o parto (BRASIL, 2011c; COSTA et al., 2010).

Visando uma prática de atendimento humanizado aos recém-nascidos de baixo peso, a partir de 1999, por meio de normas e protocolos foi instituído o Método Canguru (MC). Essa prática foi regulamentada pela Portaria nº 693, de 05 de julho de 2000 (BRASIL, 2000b). Este método traduz-se em uma nova tecnologia que vem mudando o paradigma da assistência neonatal no Brasil, pois expande o cuidado prestado ao bebê e agrega a necessidade de uma atenção voltada para os pais, irmãos, avós e redes de apoio familiar e social (BRASIL, 2011c). Está, ainda, inserido num conjunto de ações e intervenções comprometidas com a integralidade da assistência ao recém-nascido e sua família no período da internação e qualidade de vida após a alta (GONTIJO et al., 2010; COSTA et al., 2010).

No início dos anos 2000, foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000 (BRASIL, 2000a), tendo como base a garantia do direito à cidadania, portanto, ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, assegurando a integralidade da assistência (COSTA et al., 2010).

O Ministério da Saúde adotou ainda nos anos 2000, como plano na assistência à criança, a Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI, formulada pela OMS, em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), apresentada como a principal estratégia para melhorar a saúde infantil. Seu foco de atenção são as crianças menores de cinco anos, tanto no que diz respeito à situação geral de saúde quanto às doenças prevalentes que as afetam. Essa estratégia propõe rever posturas de modo a reduzir as oportunidades perdidas e possibilitar detecção e tratamento de doenças que poderiam ser evitadas por meio de maior atenção de familiares e profissionais de saúde; conseqüentemente, seriam também reduzidos os riscos de agravamento e complicações (BRASIL, 2011c; CUNHA; BENGUIGUI; SILVA, 2006).

No Brasil, a estratégia AIDPI foi inicialmente proposta para integrar a ESF, quando os investimentos foram voltados para amplo treinamento de

recursos humanos em saúde em todo o país, de forma a capacitar médicos e enfermeiros na detecção precoce dos sinais e sintomas das doenças mais frequentes do grupo infantil: respiratórias, anemias, desnutrição, diarreia e desidratação (BRASIL, 2003). Contudo, tal estratégia não foi implementada em âmbito nacional, desenvolvida apenas de forma heterogênea e fragmentada.

Outro documento que trata de ações dirigidas às crianças, acordado internacionalmente, é a Declaração do Milênio das Nações Unidas, na qual constam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). São metas da declaração: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover a igualdade de gêneros e o empoderamento das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento (OMS, 2000). O governo federal brasileiro tem investindo em ações e programas para atingir estas metas. Observam-se, ainda, ações fragmentadas que precisam ser reavaliadas.

No ano de 2004, a proposta do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a qual abrangeu os órgãos de saúde e universidades brasileiras, apontou para a necessidade da formação de profissionais com o perfil modificado. Salientou que, além de competência técnica, o profissional da área da saúde deve ter o compromisso de oferecer à clientela um espaço para o diálogo captando assim as reais necessidades, expectativas e dúvidas. Essa metodologia de atendimento visa que a assistência seja planejada e implementada de acordo com a realidade dos usuários no serviço de saúde (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Buscando a efetiva humanização da assistência à criança e da promoção de cuidado integral, foi lançada em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual contribuiu para a promoção da saúde materna e infantil. Destaca-se a atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, incentivo ao aleitamento materno, atenção integral da saúde da criança (triagem neonatal, imunização, combate à desnutrição, acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento,

entre outros) e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2005a; SILVA, 2006). Essas atividades de atenção integral à saúde da criança são desenvolvidas pela ESF e visam à prevenção e promoção da saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 399, aprova o Pacto pela Saúde com a finalidade de fortalecer e consolidar a implementação do SUS, que estabelece como prioridades, o Pacto pela Vida e a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2006b).

Já em setembro de 2008, por meio da Portaria nº 1.861 (BRASIL, 2010b), em parceria com o Ministério da Educação, foi apresentado mais um programa direcionado à prevenção, denominado Programa Saúde na Escola (PSE), cujo objetivo é reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou a proposta denominada “Brasileirinhos e brasileiras saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional” (BRASIL, 2009b), com o objetivo de integrar ações para o desenvolvimento saudável de crianças de zero a seis anos de idade, estimulando habilidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais.

Contudo, o que se tem observado, em relação à assistência à saúde da criança no Brasil, tem sido o desenvolvimento de programas e ações fragmentados, sendo algumas vezes implementados por profissionais das UBS ou, nos locais onde existem, por equipes de saúde da família. Essas ações são parcelares, desenvolvidas para o atendimento de demandas pontuais da população, sem vínculo com os usuários da área de abrangência das unidades de saúde, posto que sua organização não ocorre a partir da adstrição da população da comunidade em que estão situadas (COSTA et al., 2009). As ações voltadas ao público infantil são atividades profissionais centradas: no médico, que realiza as consultas médicas, conforme demanda da unidade; no enfermeiro, que desenvolve programas como puericultura e imunização; no odontólogo, que desenvolve atividades de saúde bucal e no assistente social, que atende famílias de crianças em situações de risco biológico ou social. Tais ações são muito reduzidas, face ao

que poderia ser implementado para atender à proposta da integralidade do SUS (BRASIL, 2005a).

Visando a melhoria e continuidade da assistência, em 2010, a Rede de Atenção à Saúde foi incorporada ao SUS, como uma forma de garantir o atendimento à população de forma integral, sem fragmentação das ações de saúde (BRASIL, 2010a). As RAS visam melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, bem como a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. Estão pautadas em um conjunto de serviços de saúde, com objetivos comuns, os quais permitem realizar a oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenadas pela APS (MENDES, 2012).

Nesse sentido, conforme já citado anteriormente, em 2011, a Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS, a qual consiste numa rede de cuidados à mulher e à criança, partindo do princípio de assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério para a mulher, bem como, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis da criança. A Rede Cegonha foi criada levando em consideração a necessidade de implantar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (BRASIL, 2011b).

A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), tal como se apresenta atualmente, foi assim denominada em 1998, mas sua história vem sendo construída há décadas, mas com objetivos que se concretizaram ao longo dos anos e que buscam, continuamente, alternativas para a qualidade e humanização da assistência à criança. Na atualidade, essa área é subordinada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. A ATSCAM, responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de zero a nove anos de idade, desenvolve ações de cuidado pautadas em quatro linhas prioritárias, a saber, promoção, vigilância, prevenção e assistência (BRASIL, 2011c).



Com atribuições de apoiar e incentivar os estados e municípios a colocarem em prática as recomendações de políticas públicas elaboradas para a proteção e atenção à saúde da criança, a ATSCAM busca cumprir os compromissos assumidos pelo Brasil, como os ODM, o Pacto pela Saúde, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (BRASIL, 2011c).

A assistência à saúde da criança, na verdade, deve estar pautada em toda uma estrutura biopsicossocial e, por isso, deve merecer uma abordagem humanística e cultural. Além de todas as políticas instituídas, a sobrevivência e a qualidade de vida das crianças dependem do cuidado que é prestado a esse segmento populacional nos diversos pontos de atenção à saúde, o qual deve assumir um caráter humano e ético (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Apesar dos reconhecidos avanços conquistados com as políticas públicas de saúde no Brasil, ainda há um longo caminho na busca da qualidade e humanização da assistência à criança. A diversidade regional de nosso país, marcada pelo alcance limitado do atendimento, no que diz respeito à cobertura plena, as desigualdades e à qualidade do cuidado, merece destaque no que se refere à necessidade de mudanças na assistência, traduzindo-se em desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e um bem público (COSTA et al., 2010).

A evolução histórica da participação da criança na sociedade, assim como os cuidados à saúde voltados a essa população, está atrelada às mudanças nas políticas públicas de assistência. Nesse sentido, a assistência à saúde da criança é permeada por metas e objetivos que ganham sustentação a cada consolidação, pode ser vista como um processo em constante construção. Os profissionais da saúde envolvidos nessa construção devem desenvolver suas atividades voltadas para o fortalecimento das ações e bem-estar da população infantil, assim como as políticas públicas devem continuar pautadas na promoção e prevenção da saúde, visando à melhor qualidade de vida dessa população.

Com o pressuposto de que a implementação de tais políticas públicas de saúde visa à redução da mortalidade infantil, e que este indicador, bem

como a morbidade infantil contribuem para a avaliação da resolutividade da atenção à saúde da criança, o presente trabalho aborda, a seguir, esses indicadores epidemiológicos em crianças menores de doze anos, destacando as doenças por causas sensíveis à APS, bem como, à avaliação dos serviços de saúde.

### **3.3 INDICADORES DE SAÚDE E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Os indicadores de saúde, notadamente os de causas de morbidade e mortalidade infantil, chamam a atenção quando se observa o perfil epidemiológico de uma determinada região. A análise desses indicadores traduz-se em ferramenta importante na pesquisa em saúde e pode contribuir para o entendimento dos processos envolvidos (MELO; MATHIAS, 2010), bem como para o planejamento de ações em saúde e no presente trabalho, em específico, para a avaliação do grau de orientação da APS voltada à saúde da criança.

A partir de tal compreensão, apresentam-se a seguir, aspectos sobre os indicadores da saúde infantil, mortalidade e morbidade de crianças de zero a menores de doze anos, uma vez que estão diretamente ligados com a qualidade da assistência prestada. Para tanto, verificou-se dados do Brasil, da região Sul, do estado do Paraná e do município de Cascavel-PR, cenário do presente estudo.

Com o conhecimento de tais indicadores, torna-se possível avaliar a situação de saúde em todos os níveis de atenção. Portanto, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas, esses dados produzem evidências acerca da situação sanitária e suas tendências, constituindo, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população (REDE, 2008).

O coeficiente de mortalidade infantil, definido como “uma estimativa do risco que as crianças vivas têm de morrer antes de completar um ano de idade”

(SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001, p. 197), é um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma comunidade. Em 2011, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 13,63 para cada 1000 nascidos vivos (NV); na região Sul esse coeficiente era de 11,62; no Estado do Paraná e no Município de Cascavel-PR, tinha-se respectivamente 11,64 e 10,75/1000 NV (DATASUS, 2013a).

No contexto da presente pesquisa, faz-se necessário pontuar os dados relativos à mortalidade por causas evitáveis, uma vez que estes podem ser sensíveis à atuação da APS da criança. Conforme informações do DATASUS, no ano de 2011, 69,16% dos óbitos em crianças de zero a quatro anos no Brasil foram por causas evitáveis, tendo relevância os óbitos reduzíveis à atenção à mulher na gestação. Estes índices ganham força quando se destacam também os números de internações hospitalares relacionados ao período perinatal, o qual se abordará a seguir. Na faixa etária de cinco a nove anos, 56,72% dos óbitos, em 2011, também foram por causas evitáveis. Na região Sul encontra-se 67,18% dos óbitos relacionados a causas evitáveis entre crianças de zero a quatro anos e 57,54% entre cinco a nove anos. No estado do Paraná esse índice mantém-se elevado com 68,10% e 57,44%, respectivamente, nas faixas etárias de zero a quatro anos e cinco a nove anos. No município de Cascavel-PR, em 2011, 70,21% dos óbitos em crianças de zero a quatro anos também foram por causas evitáveis, e na faixa etária de cinco a nove anos, 70% dos casos (DATASUS, 2013b).

Em decorrência do desenvolvimento de novas tecnologias, ao longo dos anos, a definição de quais causas de morte podem ser evitáveis vem sofrendo modificações. Abreu, César e França (2007) salientam que, ao pesquisarem trabalhos que abordam tendências temporais, os mesmos sugerem que os aumentos da efetividade dos serviços de saúde possam estar diretamente relacionados com a redução de mortalidade por causas evitáveis. Considerando o trabalho acima apresentado, justifica-se, mais uma vez, a necessidade de estudar a efetividade da APS no município de Cascavel-PR, uma vez que os indicadores de mortalidade apontam o alto índice em crianças com menos de doze anos e que são focos da presente pesquisa.

Utilizaram-se, como base para a definição de óbitos evitáveis, os agrupamentos elaborados por Ortiz (2000), os quais são baseados na classificação do CID 10 (Código Internacional de Doenças). O autor classifica os óbitos em evitáveis, não evitáveis e mal definidos. Os óbitos considerados reduzíveis ou evitáveis assim o são por ações da imunoprevenção; por adequado controle na gravidez; por adequada atenção ao parto; por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e através de parcerias com outros setores da sociedade (ORTIZ, 2000).

Pautado na discussão sobre óbitos evitáveis e não-evitáveis, estudo realizado em Porto Alegre-RS, destacou que a morte perinatal precoce tem associação direta com a qualidade da assistência prestada à gestante no período do pré-natal, durante o trabalho de parto, parto e ao recém-nascido, evidenciando a importância de ações de prevenção da mortalidade infantil (JOBIM; AERTS, 2008).

Com relação à mortalidade proporcional por grupos de causas, em crianças menores de um ano, no Brasil, em 2011, encontrava-se, como primeira causa, as afecções originárias do período neonatal, com 58,98%, seguidas das malformações congênitas, deformidades e anomalias com 20,03%, em terceiro lugar, as doenças respiratórias, com 5,30% na quarta posição as doenças infecciosas e parasitárias, com 4,37% (DATASUS, 2013b).

Na região Sul e no estado do Paraná, observa-se a mesma tendência, com 58,08% e 57,83% dos óbitos relacionados às afecções do período neonatal e 24,66% e 25,65% por malformações congênitas, respectivamente. No município de Cascavel-PR, também se revela essa tendência, com 51,06% dos óbitos de crianças menores de um ano referentes a afecções do período perinatal, seguidos das malformações congênitas com 27,65% e as causas externas 8,51% dos casos, esse último dado, em 2010, não tinha destaque (DATASUS, 2013b).

Pode-se considerar como um indicador sensível também a mortalidade perinatal, devendo ser levada em consideração a adequação da assistência prestada à gestante e ao recém-nascido, assim como, o impacto dos programas de saúde pública que existem na área materno-infantil e pela relação

estrita entre a efetividade do cuidado disposto para o binômio mãe/filho. A qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, relativa ao acesso, está diretamente relacionada com os indicadores de mortalidade neonatal, pós-neonatal e perinatal, mais elevados nos grupos sociais de baixa renda. O diferencial social existente reflete-se, portanto, justamente no acesso à assistência qualificada (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

Ao analisarem-se os dados relativos às crianças de um a quatro anos, no Brasil, em 2011, na primeira causa de óbito encontravam-se as causas externas, com 21,56%, seguidas das doenças do aparelho respiratório, com 15,91%, doenças infecciosas e parasitárias, com 11,51%. Somadas, as doenças do sistema respiratório com as infecciosas e parasitárias, representam 27,42% dos óbitos em crianças dessa faixa etária, superando os índices das causas externas, refletindo, assim, na qualidade da assistência primária à saúde. A região Sul e o estado do Paraná seguem a mesma tendência, com dados indicando que a primeira causa de morte foi representada por causas externas, com 23,06% e 24,29%, respectivamente. Em ambos, a segunda causa de morte é por malformações congênitas, com 17,22% e 17,95%. No estado do Paraná as doenças infecciosas e parasitárias representaram 11,97% dos óbitos, em quarto lugar. No município de Cascavel-PR, a primeira causa de morte foi por malformações congênitas com 37,5%, diferindo de 2010 que constava as causas externas como primeira causa de óbito em crianças de um a quatro anos, com um percentual de 28,57% (DATASUS, 2013b). Ressalta-se o expressivo número de óbitos por causas externas, que, manteve-se elevado em nos locais pesquisados, desde o âmbito nacional, passando pela região Sul e estado do Paraná.

O processo de investigação de mortalidade infantil, bem como a mobilização dos profissionais e serviços de saúde visando à efetiva avaliação de suas causas, constitui uma importante ferramenta para a redução destes fatos e possíveis intervenções mais eficazes. A relação dos óbitos com os diversos fatores de risco e com os aspectos da assistência à saúde permite o confronto entre as atividades normativas e as efetivamente executadas, expondo as fragilidades na efetividade da atenção primária à saúde, foco do presente estudo (FRIAS apud JODAS, 2010).

Os índices de mortalidade de crianças de cinco a nove anos, no Brasil, em 2011, mostraram que dos 4.118 óbitos, 2.336 foram por causas evitáveis. Destes, 32,32% reduzíveis por ações de promoção e prevenção na atenção por causas externas. Dos motivos de causas externas, destacam-se com 40,94% os acidentes de transporte, 19,75% afogamento e submersão accidental e 7,46% por agressões. Na região Sul, também em 2011, 57,54% dos óbitos nesta faixa etária foram considerados evitáveis, com 31,08% os acidentes de transporte, 10,11% por afogamento e submersão accidental e 4,11% por exposição ao fumo, ao fogo e às chamas. Estes dados apresentam-se semelhantes no estado do Paraná, com 57,44% dos óbitos considerados evitáveis, tendo destaque 60,18% por ações de promoção e prevenção na atenção por causas externas. Destes, 56,92% por motivo de acidente de transporte, 18,46% por afogamento e submersão accidental e 10,75% por motivo de agressões. Já no município de Cascavel-PR, dos óbitos nesta faixa etária, 70% foram considerados evitáveis, destes 71,42% por motivos de causas externas, com 60% por acidente de transporte (DATASUS, 2013b).

Dos óbitos considerados evitáveis, em crianças maiores de cinco anos, percebe-se um considerável aumento na mortalidade por causas externas, tanto no Brasil, como na região Sul, no estado do Paraná e no município de Cascavel-PR, tendo destaque os acidentes de trânsito. Sabe-se da importância de discussões acerca deste assunto, bem como a implementação de políticas que promovam a redução destes índices.

Referente ao indicador morbidade infantil, definido como o comportamento das doenças e dos agravos da saúde da população (REDE, 2008), tem-se que, ao avaliar os dados referentes à hospitalização no SUS, os indicadores de morbidade no Brasil, no ano de 2011, apontam que 38,29% das hospitalizações de crianças de zero a quatro anos foram por doenças do sistema respiratório, seguidas por doenças infecciosas e parasitárias com 18,70%. Com 17,49%, aparecem às doenças relacionadas ao período perinatal e, com 4,85%, as doenças do aparelho digestivo (DATASUS, 2013c). No ano de 2012, os indicadores convergem, pois apresentaram 36,51% das internações por problemas respiratórios, 18,88% por doenças infecciosas e parasitárias e 18,35% por doenças relacionadas ao período perinatal (DATASUS, 2013c).

Na região Sul, conforme dados do DATASUS (2013c), 41,95% das internações hospitalares no SUS, em crianças de zero a quatro anos, foram por motivo de doenças do sistema respiratório, seguindo a tendência nacional. No entanto, com 18,42%, as doenças do período perinatal aparecem com maior incidência que as doenças infecciosas e parasitárias, que acometeram 11,61% dessas crianças. As doenças do aparelho digestivo aparecem em quarto lugar, com 5,28% das internações hospitalares. Em 2012, os motivos de internações na região Sul foram, com 42,34%, por doenças do sistema respiratório, 17,69% doenças do período perinatal e, com 12,58%, doenças infecciosas e parasitárias, seguindo a tendência do ano anterior (DATASUS, 2013c).

No estado do Paraná, em 2011, 68.915 crianças de zero a quatro anos foram hospitalizadas via SUS. Destas, 40,96% por doenças do sistema respiratório, sendo 56,22% por pneumonia. Seguido de doenças do período perinatal com 17,79%, doenças infecciosas e parasitárias com 10,74% e doenças do sistema digestivo com 5,27%. Em 2012, percebeu-se que os indicadores mantiveram o mesmo padrão, com 41,88% das internações por doenças do sistema respiratório, 17,17% relacionadas ao período perinatal e 11,60% por doenças infecciosas e parasitárias (DATASUS, 2013c).

Conforme os dados acima apresentados, as doenças respiratórias e infecciosas e parasitárias continuam constando na relação de causas de internações hospitalares em crianças de zero a cinco anos incompletos, com números significativos. Tal fato necessita de especial atenção, pois são consideradas doenças de hospitalização e óbito evitáveis (NEDEL et al., 2008).

A prevalência de infecções do sistema respiratório em crianças menores de cinco anos é elevada, contribuindo com cerca de 30% a 60% das demandas das unidades básicas de saúde, e estima-se que aproximadamente um milhão de crianças morrem a cada ano no mundo por motivo de pneumonia, tornando-se um importante desafio para a saúde pública (UNICEF, 2012).

No município de Cascavel-PR, as internações hospitalares SUS no ano de 2011, referentes às crianças de zero a quatro anos, mostram que 29,37%

foram por motivo de doenças relacionadas ao período perinatal e, só a seguir, com 24,69%, aparecem às doenças do sistema respiratório, divergindo, portanto, dos dados encontrados nos âmbitos nacional, regional e estadual. As doenças infecciosas e parasitárias apresentaram um índice de 11,27% e as causas externas, 5,39%. No entanto, se somados os dados das doenças do aparelho respiratório com os dados das doenças infecciosas e parasitárias, totalizam 35,96% das internações hospitalares (DATASUS, 2013c). Chama a atenção o expressivo número de internações hospitalares por causas externas (quedas, acidentes de transporte, intoxicações, agressões, lesões autoprovocadas voluntariamente e demais causas externas), as quais, diferentemente do país como um todo, assumem, no município de Cascavel-PR, a quarta posição. No entanto, em 2012, ocorreu uma alteração no padrão de internações se comparado com 2011, pois em primeiro lugar, com 33,52% encontraram-se as doenças respiratórias e em segundo lugar, com 24,29% as doenças relacionadas com o período perinatal, e em terceiro lugar as doenças infecciosas e parasitárias com 11,08%, seguindo a tendência nacional (DATASUS, 2013c).

Os índices de morbidade em crianças de cinco a nove anos, em 2012, convergem nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal, sendo as doenças por problemas respiratórios o primeiro motivo de internação. No Brasil, 27,95% das internações foram por este motivo; na região Sul, 34,27%; no estado do Paraná, 34,99% e no município de Cascavel-PR, 25,69% (DATASUS, 2013c), apontando a vulnerabilidade da atenção à criança na APS.

Os demais motivos de internações no Brasil, em 2012, foram doenças infecciosas e parasitárias, com 17,77%, e as causas externas, com 12,80%. Na região Sul, em segundo lugar, as causas externas, com 13,71% e em terceiro lugar, as doenças infecciosas e parasitárias, com 11,46%. No estado do Paraná os motivos de internações seguem a mesma tendência, com 14,36% as internações por causas externas e com 11,74 as internações por doenças infecciosas e parasitárias. Em Cascavel-PR, tem-se 20,26% das internações por causas externas e 11,60% por doenças infecciosas e parasitárias (DATASUS, 2013c). Percebe-se um aumento no percentual das internações por causas



externas em todas as esferas administrativas pesquisadas, assim como dos óbitos por estes motivos.

Especificamente na realidade do cenário desta pesquisa foram desenvolvidos estudos por Toso (2011) e Viera et al. (2012), por meio de entrevista e inquérito domiciliar respectivamente, nos quais identificaram que mais de 50% das hospitalizações de crianças menores de cinco anos no município de Cascavel-PR são decorrentes de problemas respiratórios. Esses dados também são demonstrados por Oliveira et al. (2010) e Lenz et al. (2008) como presentes em outras regiões do Brasil, o que pode indicar baixa resolutividade da atenção primária à saúde, uma vez que esses problemas são caracterizados como doenças evitáveis.

Observa-se, então, que os indicadores apresentados anteriormente mostram uma vulnerabilidade da atenção à saúde da criança na APS, partindo desde a atenção pré-natal às gestantes e prorrogando-se ao longo da vida da criança. Nesse contexto, é premente a busca de respostas sobre a situação posta. Sabendo-se que a mortalidade e o adoecimento infantil, considerados evitáveis e de fácil resolução pela APS, mas que, na realidade não têm sido resolvidos nessa instância e refletem no elevado número de hospitalizações por causas evitáveis, acreditou-se ser necessária a realização de uma avaliação da atenção à saúde da criança nos serviços de Atenção Primária, mais especificamente, no município de Cascavel-PR.

Para poder embasar a condução da pesquisa foi necessário aprofundamento do conhecimento do pesquisador acerca da temática “Atenção Primária à Saúde” e “avaliação dos serviços de saúde na APS”. Para tanto, fez-se a reflexão do entorno de ambos os temas e de seus conceitos, estruturando o referencial teórico eleito para a presente pesquisa.

A construção da APS no mundo e no Brasil perfaz longa caminhada, partindo de reflexões no campo da saúde que denotavam lacunas no modo de atenção à saúde vigente. Assim, em 1920, Dawson, médico inglês, propõe no “Relatório Dawson” uma reformulação dos serviços de saúde na

Inglaterra para uma medicina comunitária. Esse modelo influenciou as escolas de medicina de algumas regiões da Ásia, da África e da Rússia. Em suma, tal modelo fez crítica à separação entre serviços de ações curativas e preventivas, propondo os serviços de saúde domiciliares e a assistência à saúde em três níveis principais (primário, secundário e terciário). Partindo-se desse modelo, os serviços de atenção primária compreendem serviços organizados de modo regionalizado e inseridos em uma estrutura descentralizada, proporcionando ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde, bem como de tratamento e reabilitação (FACCHINI; GARCIA, 2009; MENDES, 2011).

Outro trabalho importante para a construção da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em 1978, realizada na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, pela Organização Mundial de Saúde. Naquela conferência foram delineadas diretrizes para os serviços de APS, quais sejam; que as unidades de saúde primárias, com seus médicos generalistas, seriam responsáveis pela maior parte dos atendimentos de saúde e, quando não fosse possível a resolução da situação nesse setor, o médico referendaria o usuário para o próximo nível. Desse modo, com o advento da Conferência de Alma-Ata, a APS, passou a ganhar destaque no âmbito das políticas públicas de saúde e resultou em uma reafirmação sobre o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004). O documento elaborado naquela conferência internacional aponta que a APS representa o

primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ALMA-ATA, 1978, p.1).

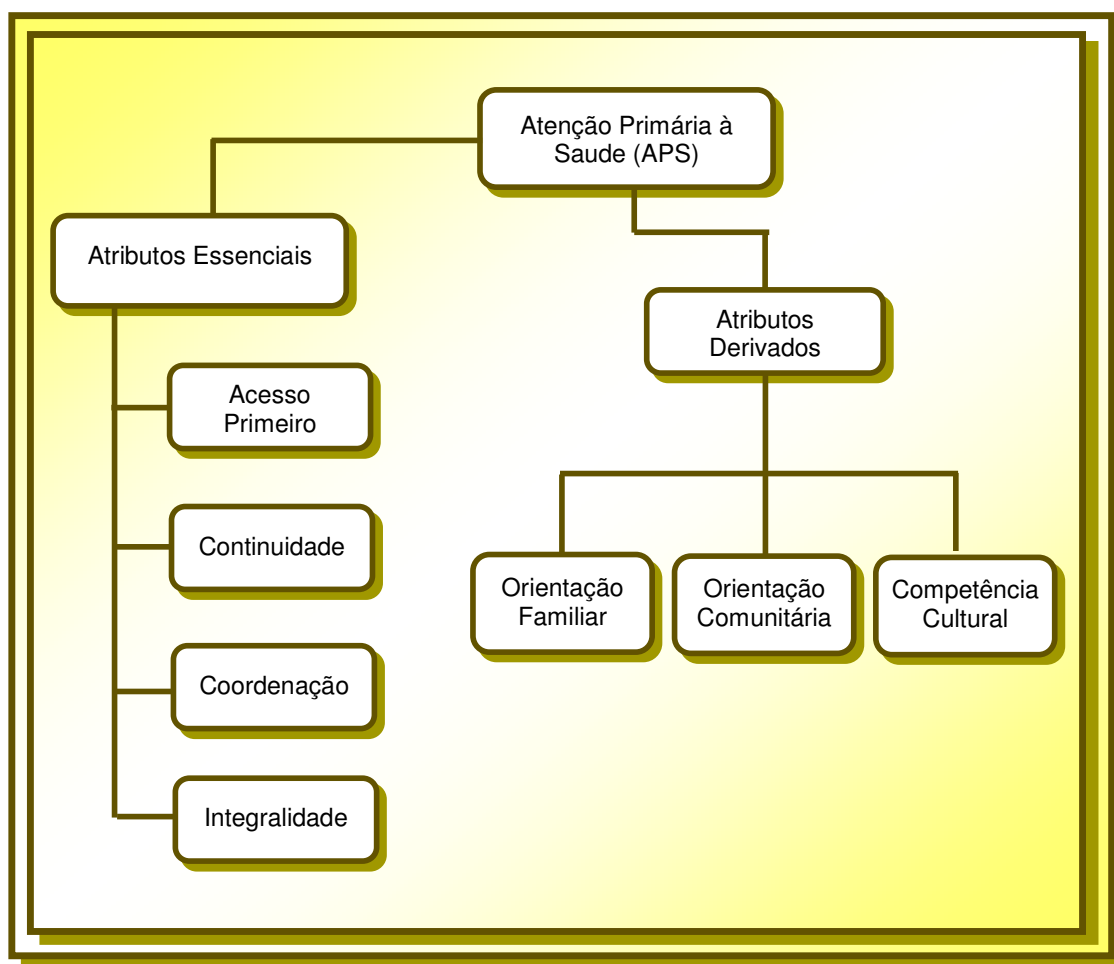
Desde essa época a implementação da APS ao redor do mundo foi sendo feita segundo o contexto socio-histórico de cada período, havendo discrepâncias entre as indicações da conferência e o implementado em vários países. Essa temática, então, gerou muitas reflexões e estudos, tendo como uma figura significativa a de Bárbara Starfield, que se preocupou em refletir sobre a

importancia da APS para os serviços de saúde, formulando junto com seus colaboradores a concepção de APS como um foco de organização dos sistemas de saúde. Assim, na presente pesquisa, têm-se como marco teórico os estudos de Starfield (2002, p. 28), que define APS como sendo

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

A autora aponta que a APS também tem responsabilidade pelo acesso, prevenção, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe. A atenção primária não se resume a um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas, pois todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Além disso, é a atenção primária que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Starfield (2002) define alguns atributos essenciais e derivados para a organização e efetividade do serviço da APS, estruturados de acordo com a figura que segue:



Fonte: HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET (2004, p.25).

**FIGURA 1** – Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde.

No Brasil, desde a criação do SUS, perpassando pela consolidação da ESF e estruturação da atenção básica em saúde, há mais de 20 anos, as práticas da APS estão sendo desenvolvidas. Assim, a Atenção Básica foi promulgada pela Portaria nº 648/2006 (BRASIL, 2006a) e redefinida pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, ambas do Ministério da Saúde, que descreve a atenção básica em saúde como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a, Anexo I, p. 2).

Nessa portaria o Brasil considera como equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, sendo entendida como o primeiro nível de complexidade da atenção à saúde no SUS. Conill (2008) aponta duas concepções de APS que são predominantes, a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada e a de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada.

Dentro dos níveis de complexidade da atenção à saúde, o de média complexidade compreende as ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e/ou equipamentos de maior tecnologia dura. É caracterizado como o segundo nível de assistência. A alta complexidade, ou assistência terciária, é definida como um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, sendo designada para atendimento hospitalar (BRASIL, 2007a).

No entanto, Mendes (2012) aponta que esses níveis de atenção à saúde, vigentes atualmente no SUS, são de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado conforme as densidades relativas de cada nível. Entendendo que essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída pelas redes poliárquicas de atenção à saúde, cujo objetivo é respeitar as diferenças nas densidades tecnológicas, rompendo as relações verticalizadas e, assim, formar as redes policêntricas horizontais. Neste sentido, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na Atenção Primária à Saúde.

A APS assume a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, a atenção centrada na família e a orientação comunitária das ações. É uma abordagem que constitui a base e determina o trabalho dos demais pontos de atenção do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS está centrada no programa saúde da família, tendo sido reestruturada pela Portaria nº 2.488/2011 que estabelece a revisão de diretrizes e normas da AB para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011a).

A saúde da família, então, traduz-se na estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS, configurando um processo progressivo e

singular que considera e inclui as especificidades locorregionais (BRASIL, 2011a). Inserida neste contexto, a saúde da criança, é um dos focos da ESF e visa à diminuição da morbimortalidade infantil, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, entre outras ações.

Contudo, no contexto da atenção à saúde da criança na APS observou-se, nas evidências anteriormente retratadas pelos dados epidemiológicos, que ainda existem fragilidades no cuidado direcionado a esse segmento populacional. Para tanto, é preciso refletir como está sendo desenvolvida a atenção à saúde da criança na APS, uma das formas para compreender essa situação é a partir da avaliação dos serviços de saúde.

A avaliação dos serviços de saúde no Brasil vem ganhando espaço nos encontros científicos e nos movimentos institucionais, sendo ressaltada em discussões políticas e práticas dos serviços de saúde, indicando a necessidade de inseri-la no planejamento e implantação de programas e ações na área de saúde (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 44).

Atualmente, a avaliação possui reconhecimento como um dos componentes da gestão em saúde, sendo traduzida na existência de várias iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS.

Nesse sentido, tem por objetivo oferecer suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, visando subsidiar a identificação de situações problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, bem como avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005b).

Na segunda metade da década de 1960, Donabedian iniciou suas publicações sobre avaliação, propondo um modelo conceitual de avaliação da qualidade dos serviços de saúde pautados na tríade de aspectos que devem analisados em um processo de avaliação: a estrutura, o processo e o resultado do cuidado. O autor conceitua estrutura do cuidado como sendo os atributos do lugar em que o cuidado ocorre, ou seja, os recursos necessários para o processo assistencial, abrangendo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional do serviço, podendo-se citar como exemplos, a área física, força de trabalho, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos. O processo corresponde às atividades da equipe de saúde no tratamento do paciente, como o cuidado está sendo prestado, mediante padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões, incluindo componentes técnicos e as relações interpessoais. O resultado refere-se aos efeitos do cuidado sobre a saúde do usuário e das populações, constituindo-se na análise dos produtos finais da condição de saúde e satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1990; HOENING; LEE; STINEMAN, 2010). Este modelo constitui-se em um dos principais referenciais no tema avaliação, sendo bastante usado para entender a efetividade de novas estratégias ou modificações dentro do processo de cuidado, assim como serviu de base para o desenvolvimento de outros instrumentos de avaliação dos serviços de saúde como, por exemplo, o PCATool.

A avaliação dos serviços de saúde é um desafio, visto que há dificuldades em estabelecer parâmetros de qualidade em saúde, de identificar os aspectos do cuidado que necessitam ser verificados, bem como a escolha do método e fonte de dados adequados (DONABEDIAN, 2005). Diante da complexidade dessa questão têm-se inúmeras concepções para avaliação de serviços e sistemas de saúde que enfocam os gestores, profissionais e os usuários (STARFIELD, SHI, 2009; HARZHEIM et al., 2006; DONABEDIAN, 2005).

Baseados na avaliação do cuidado por meio da estrutura, processo e resultado, estudos apontam que essa teoria permanece, ainda hoje, como um

paradigma dominante para ressaltar a qualidade da assistência (GLICKMAN et al. 2007; QU et al, 2010; HOENING; LEE; STINEMAN 2010; JODAS, 2010).

Esses três domínios são utilizados na avaliação do cuidado, seja em área hospitalar, seja em serviços de APS. Qu et al. (2010) se basearam nessa tríade para avaliar a qualidade na reabilitação de pacientes que sofreram lesão medular e ressaltaram que estrutura, processo e resultados devem ser complementares e usados em conjunto para monitorar a qualidade na saúde. O estudo de Hoening, Lee e Stineman (2010) também avaliaram o processo de reabilitação nesses moldes, no entanto, o foco foi pacientes portadores de deficiência física.

Utilizando esse mesmo modelo de avaliação, Jodas (2010) realizou um estudo sobre o atendimento prestado nos serviços de APS às crianças menores de cinco anos que foram a óbito no município de Maringá – PR por causas evitáveis, verificando que existem lacunas e situações de estrangulamento na atenção primária, no que se refere à estrutura e processo do cuidado.

Na APS a partir da década de 1990 houve maior ênfase na busca por instrumentos para avaliar a qualidade, extensão e efetividade dos serviços nesse ponto de atenção em saúde. Dessa forma, foram criados alguns instrumentos de avaliação, tais como, o *Consumer Assessment of Healthcare; Medical Home Family Survey; the Medical Home Index Adult Version 1.1; Medical Home IQ; Parent's Perception of Primary Care; Physicians Practice Connections-Patient-Centered Medical Home; Primary Care Assessment Survey; Appropriates of Primary Care Services Scales e Primary Care Assessment Tools (PCATool)* (MALOUINS; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

Nos últimos anos, no Brasil, diversas propostas de avaliação dos serviços de saúde foram apresentadas e realizadas com enfoque na qualidade dos serviços. No entanto, pesquisas apontam, ainda, a necessidade de mais estudos que abordem esse assunto. Podem-se citar algumas propostas vinculadas ao Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2007b), o qual foi realizado nos anos de 2004 a 2006, com foco central em hospitais gerais, especializados e unidades mistas, hospitais



especializados com leitos obstétricos, ambulatorios de especialidades, policlinicas e estabelecimentos de saúde com serviços próprios de alta complexidade em oncologia e nefrologia (BRASIL, 2004).

Poucas avaliações estão diretamente relacionadas somente à APS, que é foco da presente pesquisa. Em 2011, por meio da portaria de nº 1.654/2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria e do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011d). No entanto, a Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), como o PMAQ prevê, em sua primeira fase, a adesão dos municípios e o credenciamento de apenas uma UBS para fazer parte do programa, bem como, por não ser direcionado para a saúde da criança e avaliar somente os atributos de acesso e qualidade, optou-se por escolher outra metodologia para estudar a efetividade da APS no município de Cascavel-PR.

Em estudo recente, Figueiredo (2011) realizou uma comparação entre os instrumentos PCATool e o AMQ, quando da realização da avaliação da Atenção Primária à Saúde e considerou que com relação a avaliação dos atributos essenciais e derivados da APS, o instrumento PCATool apresenta-se como ferramenta mais adequada. Em revisão de literatura realizada por Malouin, Starfield, Sepulveda (2009), os autores identificaram que o PCATool é dentre os instrumentos de avaliação da APS, aquele que possibilita a mensuração dos atributos da APS e dos aspectos de processo e estrutura para cada atributo.

Na atualidade, no Brasil, existem diversas metodologias e referenciais teóricos que abordam a avaliação dos serviços de saúde na tentativa de reorganizá-los, como se apresentou anteriormente. No entanto, na presente pesquisa, utilizou-se, conforme já definido, o referencial teórico de Starfield (2002), que aponta os atributos essenciais e derivados da APS, o qual foi estruturado e validado no Brasil, em versão criança, por Harzheim et al. (2006), publicado pelo

Ministério da Saúde em 2010 e intitulado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) – Brasil (BRASIL, 2010c).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1990) e, como apresentado anteriormente, baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2010c).

A avaliação de uma estratégia da magnitude da ESF é uma tarefa que exige a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo contínuo e perseverante. Devido à amplitude própria da Atenção Primária à Saúde, uma proposta específica de avaliação costuma se restringir a uma de suas tantas perspectivas. Assim, identificar, dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza a ESF, o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados, permite a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade, evitando a utilização da ESF como uma categoria geral de análise. Outra oportunidade para o uso do PCATool é a comparação do grau de orientação à APS dos outros modelos de atenção básica que ainda coexistem junto à ESF, como as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (BRASIL, 2010c, p.11).

Nesta perspectiva, para mensurar a extensão de tais atributos e sua contribuição para a orientação dos serviços de saúde, bem como a possibilidade de avaliação do seu processo de atenção, apresenta-se, a seguir, a definição de cada um dos atributos conforme postulados por Starfield (2002).

Como primeiro atributo essencial tem-se a *atenção no primeiro contato*, que, segundo Starfield (2002), está relacionado ao acesso no serviço e à sua utilização, ou seja, sua unidade estrutural *versus* sua unidade processual, independentemente do problema de saúde que afeta a população ou do número de vezes que o indivíduo procura os serviços de saúde. Assim, a atenção no primeiro contato é caracterizada também pela acessibilidade e utilização do serviço de saúde pelos usuários, como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012). Além disso, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988).

No entanto, o conceito de acesso é definido de diversas formas, por diferentes autores, não tendo uma apreciação unânime (O'DONNELL, 2007; AZEVEDO; COSTA, 2010). Em artigo de revisão sobre acesso, Travassos e

Martins (2004), corroboram com os autores anteriormente citados quando apontaram que o conceito de acesso varia entre autores, considerando ainda que este conceito muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto em que está inserido. Para tanto, sua compreensão é complexa e muitas vezes é utilizada de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviço de saúde.

A variação não ocorre somente no conceito, mas também na terminologia empregada pelos autores. Alguns utilizam o substantivo acesso, outros acessibilidade, ambos, para indicar o grau de facilidade com que os usuários obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). No presente estudo, utilizou-se acesso e acessibilidade como sinônimos, adotando-se, predominantemente, o termo acesso.

Starfield (2002) diferencia acesso e acessibilidade, mas afirma que ambos são complementares. A acessibilidade refere-se a características da oferta do serviço de saúde e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O acesso funcional envolve o acesso propriamente dito aos serviços de que o usuário necessita, incluindo os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos, a qualidade do atendimento, entre outros.

Vieira (2010) considera que as barreiras relacionadas ao acesso também devem ser consideradas, como as: restrições geográficas, sociais e culturais, econômicas; necessidades de saúde; informações limitadas a respeito das necessidades de saúde e dos direitos à saúde e, também sobre a disponibilidade de serviços, bem como as restrições organizacionais dos serviços de saúde. As barreiras dificultam o acesso aos serviços de saúde, e devem ser analisadas e avaliadas pelos gestores a fim de garantir melhores condições aos usuários do sistema.

Starfield (2002, p. 482-484) afirma que, para a avaliação deste atributo, são necessárias três áreas de informações.

A primeira envolve a acessibilidade das unidades, que pode ser determinada a partir do projeto do programa. Características especiais da avaliação envolvem (1) horário de disponibilidade, (2) acessibilidade ao transporte público, (3) oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado, (4) instalações para portadores de deficiências, (5) providências para horários noturnos, (6) facilidade da marcação de consulta e de tempo de espera pela mesma e (7) ausência de barreiras lingüísticas e outras barreiras culturais. A segunda área de informação refere-se às experiências

personais com o acesso à atenção. Isto pode ser determinado pela entrevista dos pacientes ou populações sobre seu ponto de vista a respeito das características temporais, espaciais, organizacionais ou culturais [...]. A terceira área de informação refere-se ao uso real da unidade como um local para primeiro contato. Esta informação é obtida por meio de entrevistas com os pacientes [...].

O atributo da *longitudinalidade* refere-se à existência de uma fonte continuada de atenção, assim como à utilização do serviço de saúde ao longo do tempo. A relação entre o usuário e o profissional de saúde deve refletir-se em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre ambos, em que com o passar dos tempos, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer os profissionais (STARFIELD, 2002).

Cunha e Giovanella (2011) definem, ainda, que a longitudinalidade tem sido considerada característica exclusiva da APS, uma vez que trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, nos múltiplos episódios de doenças e/ou nos cuidados preventivos.

Tal relação entre a equipe de saúde e o paciente, que determina a longitudinalidade, influencia na satisfação do usuário com o serviço e do profissional com o seu trabalho. Esse atributo pode produzir diagnósticos mais precisos, diminuição de encaminhamentos desnecessários e realizações de procedimentos mais complexos, diminuição de internações, diminuição de consultas pelo mesmo problema, redução de gastos com internações, menor quantidade de exames complementares, maior adesão ao tratamento e, sobretudo, maior grau de satisfação da população (STARFIELD, 2002; MENDONÇA, 2009).

Para a avaliação desse atributo, outros aspectos apontados como ponto chave são a regularidade do uso do serviço de atenção primária e a extensão da relação entre o usuário e o profissional de saúde durante a realização da assistência prestada. A atenção longitudinal é caracterizada como a identificação, por parte do usuário, com uma fonte de atenção como sua e, quando os profissionais de saúde reconhecem essa fonte habitual de atenção orientada para a pessoa e não para a doença, fortalece esta relação (STARFIELD, 2002).

A *integralidade da atenção* como atributo da APS aparece também como um dos princípios do SUS, descrita no texto constitucional como, “atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, Art. 198, Inciso II).

A integralidade está relacionada ao desempenho das ações de saúde, sendo que os profissionais de saúde devem identificar e proporcionar as atividades preventivas e de promoção da saúde, bem como desenvolver atividades direcionadas aos problemas encontrados na comunidade atendida (STARFIELD, 2002).

Neste sentido, considerando e reconhecendo as dimensões biológica, psicológica, cultural e social do usuário, a integralidade deve orientar as políticas e ações de saúde sendo capaz de atender as demandas e necessidades da população adscrita (STARFIELD, 2002; FRACOLLI et al., 2010), neste estudo, voltado especificamente à saúde infantil.

Pode-se considerar que a integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema e que seu princípio busca romper com a polaridade entre as práticas de saúde preventivas e as práticas meramente assistenciais (FRACOLLI et al., 2010; SALA et al., 2011).

Buscando integrar os serviços e as ações de saúde, este atributo pressupõe também, conforme afirmado por Sala et al. (2001, p. 950), “uma organização do trabalho nos serviços de saúde que considere a relação assimétrica entre profissional e usuário do serviço, com necessidades não redutíveis ao conhecimento técnico do profissional”. Fracolli et al. (2010) complementam ainda, que a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, sendo que a sua implementação e ampliação não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde.

Segundo Starfield (2002, p. 485), a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos adequados para supri-las. Assim, este atributo envolve a variedade das atividades propostas pelo sistema e está relacionado com a adequação da estrutura física das unidades, dos equipamentos, dos serviços de apoio, bem como com a qualificação profissional. “Uma

unidade de atenção primária deveria estar equipada para reconhecer e remanejar *todos* os problemas de saúde comuns em sua população, não importando de que tipo”.

Para avaliar as práticas de integralidade na APS, o referencial teórico proposto por Starfield (2002) permite uma operacionalização, na medida em que identifica categorias que compõem e caracterizam a APS. A avaliação da integralidade pode ser orientada tanto para o nível do sistema/população como para o nível de unidades de saúde/paciente. Neste sentido, a integralidade pode ser avaliada pela variedade disponível de serviços que atendam às necessidades da comunidade, bem como, a extensão na qual há evidências de que tais serviços são usados de forma adequada para atender a estas necessidades.

Quando se avalia o nível populacional, as necessidades da comunidade definem a variedade de serviços que deveriam ser oferecidos, enquanto a integralidade é medida pela penetração destes serviços na comunidade (STARFIELD, 2002), como foi realizado neste estudo com os pais/cuidadores das crianças atendidas da UBS e USF do município de Cascavel-PR. No nível institucional, a variedade de serviços é estabelecida, geralmente, de acordo com diretrizes profissionais como programas de imunização ou recomendações para procedimentos.

O último atributo essencial proposto por Starfield (2002, p. 365) é a *coordenação*, a qual integra e reúne todos os demais atributos, pois “sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa”.

Um dos aspectos da coordenação é a exigência da existência de mecanismos de continuidade da atenção prestada ao usuário pela equipe de saúde, seja na unidade de saúde, seja quando o usuário é encaminhado para outro serviço, preservando a integração deste cuidado com a assistência global do paciente. A fim de contribuir com a continuidade da atenção, outro item observado pela coordenação é o uso prévio dos prontuários, para reconhecimento das informações de atendimentos anteriores. A disponibilidade e o acesso fácil a todos os documentos da unidade de saúde facilitam e ordenam o trabalho da coordenação (STARFIELD, 2002).

A fim de solucionar eventuais problemas presentes no atendimento ao usuário, a coordenação da atenção deve ter disponíveis informações sobre serviços prestados e problemas que ocorreram anteriormente, sempre que relacionadas às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002).

Para que a coordenação seja efetiva, a APS deve apresentar três funções essenciais, a saber: a organização dos fluxos e contra fluxos dos usuários pelas diversas áreas de atenção; a responsabilização pela saúde e o acompanhamento dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam e a resolução da grande maioria dos problemas da população dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, Starfield (2002, p. 370), aponta os desafios da coordenação:

1. Dentro do estabelecimento de atenção primária, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares (incluindo laboratórios).
2. Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração.
3. Com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico.

No Brasil, a coordenação da APS ainda precisa ser fortalecida, sendo considerado como desafios a melhora da qualidade da informação nos prontuários de saúde, a implantação de prontuários eletrônicos em todos os serviços de saúde; a constituição de redes de atenção, otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede, assegurando os mecanismos de comunicação, o que qualifica o cuidado (a referência e a contra referência) e a informatização dos sistemas de informações (BRASIL, 2011e).

Os desafios da coordenação, apontados anteriormente, mostram que a construção de uma APS fortalecida no Brasil ainda demanda de estrutura física e de profissionais qualificados, investimentos e pesquisa.

Como mencionado, para Starfield (2002) além dos atributos essenciais a APS deve contemplar em suas ações os atributos derivados, sendo o primeiro atributo destes a *atenção centrada na família ou orientação familiar*, o qual

está relacionado com os contextos familiares que dizem respeito à origem e ao cuidado das doenças, bem como, a centralidade do cuidado na família está voltada ao conhecimento da equipe de saúde e dos membros da família sobre seus problemas de saúde (STARFILD, 2002; BRASIL, 2010a).

O conceito de família vem sendo modificado ao longo dos anos e, para que a atenção seja realmente centrada na família, faz-se necessário compreender as diversas formas de estrutura familiar e trabalhar com seu conceito ampliado, o qual reconhece a família como

um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco (BRASIL, 2010a, p.10).

Neste sentido, a partir da compreensão da estrutura familiar e centralização do cuidado na família, a equipe de saúde realiza cuidados e intervenções, personalizados ao longo dos anos, voltados para aquela realidade familiar.

A assistência à saúde da família deve surgir a partir das necessidades de cada uma das pessoas, organizadas socialmente em famílias, e deve ser empregada em vários momentos como na realização do cadastro; diagnósticos das necessidades de saúde da população adscrita a cada equipe da ESF; quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias; do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto, e segundo riscos, implementar e monitorar as intervenções para responder às necessidades estabelecidas. Para que a abordagem familiar seja efetiva faz-se necessário respeitar a cultura e as preferências das pessoas usuárias e de suas famílias, pois estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção (BRASIL, 2010a; MENDES, 2012).

As ações de saúde centradas na família são propostas por meio da entrevista com membros familiares e/ou informações do prontuário. As áreas de interesse e conhecimento familiar incluem a consciência da comunicação intra-



familiar e o apoio e apreciação dos recursos familiares (incluindo seus níveis educacionais e meios financeiros) para lidar com os problemas de saúde do paciente (SATRFIELD, 2002).

A *orientação comunitária* também deve estar presente no serviço de APS, pois permite maior aproximação entre profissional de saúde e usuário. O conhecimento das características de saúde na comunidade, dos recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades disponíveis, fornecem uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias (STARFIELD, 2002).

Para a efetiva atenção primária à saúde com relação à orientação comunitária, faz-se necessário que este serviço de saúde defina e caracterize a comunidade; identifique problemas; modifique programas para abordar estes problemas conforme a realidade local e monitore a efetividade destas modificações (BRASIL, 2010a).

A orientação comunitária prevê três tipos de informações, quais sejam o conhecimento pelos profissionais das necessidades da comunidade, por meio de dados epidemiológicos, estatísticos, prontuários ou contato direto com a população; o envolvimento dos profissionais com os assuntos da comunidade e o terceiro item abrange a realização de aconselhamentos e orientações aos usuários, a comunicação profissional-paciente e a busca da satisfação do usuário, bem como as sugestões para melhora da qualidade clínica da atenção (STARFIELD, 2002).

A situação brasileira, de tripla carga de doenças, com forte predomínio de condições crônicas, exige um novo modelo de atenção às condições crônicas, e o conhecimento dos serviços e profissionais de saúde sobre estas condições no seu território de abrangência é essencial para o manejo efetivo e de qualidade das ações (MENDES, 2012).

O último atributo derivado da APS a ser avaliado é a *competência cultural*, o qual se refere ao reconhecimento, por parte dos profissionais, das necessidades das populações com características culturais especiais, que podem

não estar em evidência devido aos aspectos étnicos, raciais ou outras características culturais. Esta avaliação requer identificar a existência de tais necessidades e que estas sejam atendidas (STARFIELD, 2002).

A avaliação deste atributo está relacionada com a efetiva implantação de outros atributos, como a integralidade. Caso o atributo da integralidade, particularmente o aspecto relacionado com o reconhecimento do problema seja alcançado, estas necessidades especiais devem ser reconhecidas, abordadas e contempladas no projeto da variedade de serviços. Assim, a avaliação da competência cultural requer a orientação dos demais atributos por meio dos quais se podem identificar a existência de necessidades culturais especiais e a extensão, na qual populações especiais percebem suas necessidades especiais como sendo atendidas (STARFIELD, 2002).

Considerando os atributos descritos, baseados na atenção integral do processo saúde-doença, a assistência à saúde da criança desenvolvida na APS é o espaço preferencial para a promoção e prevenção de saúde infantil. Neste sentido, ao oferecer e facilitar o cuidado de primeiro contato, com continuidade e pautado nas atividades de promoção e prevenção, bem como uma base sólida de orientação familiar, os serviços da APS possuem todas as condições de um acompanhamento de qualidade à saúde da população infantil (HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET, 2004).

Assim, o referencial teórico adotado para a presente pesquisa, bem como a utilização de um instrumento já validado visa buscar evidências sobre a efetividade da APS; identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS, e favorecer o esforço científico na definição das políticas públicas.

# Perspectiva Metodológica

## 4 PERSPECTIVA METODOLÓGICA

Caracteriza-se este estudo como uma pesquisa de avaliação dos modelos de atenção em saúde dos serviços de atenção básica (USF e UBS tradicional) no cuidado à saúde da criança no município de Cascavel-PR, utilizando investigação com abordagem quantitativa.

Considera-se que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção (programa) ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31). O autor argumenta ainda que um programa, qualquer que seja,

pode sofrer dois tipos de avaliação. [...] por um lado, estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios – avaliação normativa – e por outro, examinar por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção – pesquisa avaliativa.

Assim, a pesquisa avaliativa

trata de analisar a pertinência e os fundamentos teóricos (análise estratégica), os objetivos (análise da intervenção), a produtividade, os efeitos (análise de efetividade) e o rendimento de uma intervenção e o contexto (análise de implantação) no qual ela se situa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31).

A pesquisa ora proposta se caracteriza como avaliativa uma vez que buscou analisar a atenção disponibilizada à saúde da criança nos serviços de APS, por meio da avaliação do usuário frente a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária. É um estudo transversal e de acordo com os objetivos foi do tipo descritivo, visto que teve como finalidade primordial a descrição das características de determinada realidade (LAKATOS, 2011).

## 4.1 LOCAL DO ESTUDO

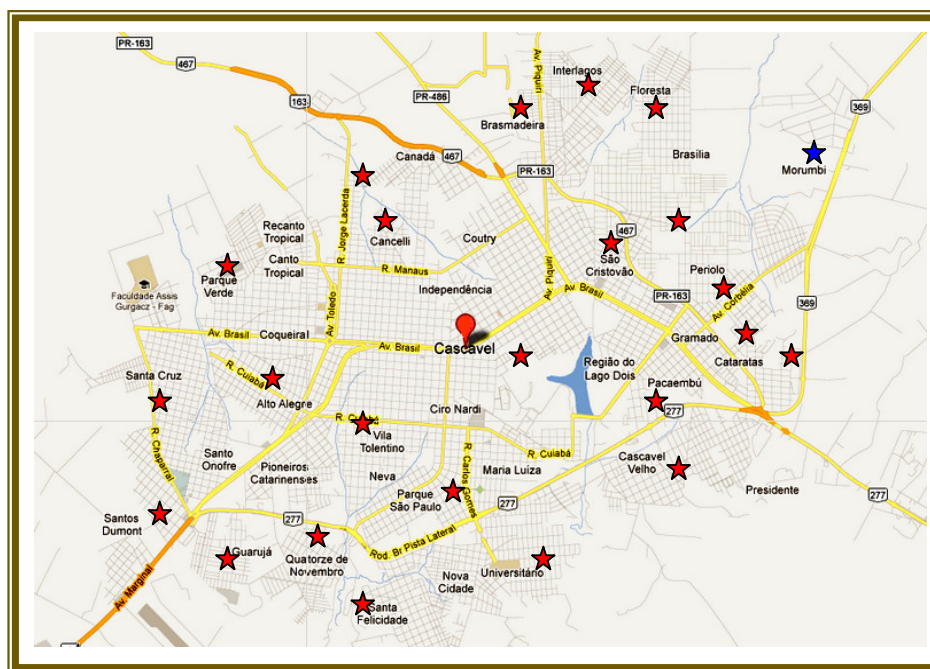
Este estudo foi desenvolvido nos serviços de atenção básica à saúde, denominados UBS e USF, localizados na área urbana do município de Cascavel-PR, correspondendo a 24 unidades (23 UBS e 01 unidade com 02 equipes saúde da família). Após início deste trabalho, o município formou mais uma USF, a qual não fez parte da pesquisa por ser uma unidade nova.

A cidade de Cascavel localiza-se na região oeste do estado do Paraná, distante 491 km da capital, Curitiba. Apresenta uma área de 2.100 Km<sup>2</sup>, com população de 286.172 habitantes, sendo aproximadamente 270.049 residentes na área urbana e 16.156 residentes na área rural (IBGE, 2010; IPARDES, 2013), destes, 50.043 são menores de doze anos (população censitária), ou seja, 17,48% da população (IPARDES, 2013). É um importante centro agrocomercial, fazendo parte do Mercosul. Cascavel é um dos centros educacionais do Estado, contando com sete instituições de ensino superior; destas, uma universidade pública estadual e as demais privadas. É sede da 10ª Região Administrativa de Saúde do Estado do Paraná, formada por 25 municípios, constituindo-se referência para os demais municípios no setor saúde (CASCABEL, 2013).

Na atenção à saúde, Cascavel tem uma ampla rede de serviços incluindo 24 unidades básicas de saúde, 11 unidades de saúde da família sendo três na área urbana (uma equipe formada após início deste estudo) e oito na área rural; duas unidades de pronto-atendimento continuado ao nível da atenção secundária, denominadas Unidades de Pronto-atendimento (UPA); 11 unidades especializadas sendo o Ambulatório de Gestação de Alto Risco, o Laboratório Municipal (ambos na mesma área física), o Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias — CEDIP (na mesma área física do UPA I), o Centro de Aten o Psicossocial Infantil — CAPS i, o Centro de Aten o Psicossocial — CAPS III, o Centro de Aten o Psicossocial  lcool e Drogas — CAPS AD, o Centro de Aten o em Saúde Mental — CASM, as Farm cias Básicas I e II e as Farm cias Populares I e II; clínicas privadas das mais diversas especialidades e dez hospitais, tanto privados, conveniados ao Sistema único de Saúde, quanto públicos e filantr picos.

As 24 UBS urbanas de Cascavel estão localizadas nos seguintes bairros: Aclimação, Brasmadeira Cancelli, Claudete, Faculdade, Guarujá, Palmeiras, Parque São Paulo, Parque Verde, Santa Cruz, Santa Felicidade, Santos Dumont, Vila Tolentino, XIV de Novembro, São Cristovão, Cascavel Velho, Cataratas, Colméia, Floresta, Interlagos, Los Angeles, Pacaembu e Periollo. Dentre as três equipes do Programa Saúde da Família urbanas duas estão localizadas no Morumbi e uma no Jardim Santo Onofre, porém esta última não fez da parte da pesquisa porque iniciou seu funcionamento no segundo semestre do ano de 2012, portanto não atendia o critério de inclusão na pesquisa. As oito equipes USF na área rural encontram-se nas localidades: Navegantes, Sede Alvorada, Juvinópolis, Rio do Salto, Santa Bárbara, São Francisco, São João e São Salvador (CASCABEL, 2013).

O mapa a seguir aponta a localização aproximada das UBS e USF em Cascavel-PR, para melhor entendimento do percurso percorrido para a coleta dos dados. Os locais marcados na cor vermelha referem-se à UBS e o local apontado na cor azul refere-se às duas equipes de saúde da família, localizadas na mesma área física.



Fonte: Google Maps, dados cartográficos, 2012.

**FIGURA 2** — Distribuição das UBS e USF urbanas no município de Cascavel-PR.

Com relação à rede hospitalar, Cascavel oferece 958 leitos, destes, 353 leitos SUS, o que corresponde a 36,85% do total, em sete hospitais gerais (Hospital Nossa Senhora da Salette, Hospital Policlínica, Hospital Santa Catarina, Hospital São Lucas, Hospital Universitário, Hospital Dr. Lima e Centro Hospitalar Gênese) e três especializados (União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer — UOPECCAN, Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias — CEDIP e Centro de Oncologia - CEONC). Isso representa três leitos SUS a cada 1000 habitantes, somente considerando a população do município e não da região dos 25 municípios para os quais Cascavel é referência em hospitalização. No Brasil em 2009, o número de leitos SUS era de 2,26 a cada 1000 habitante, já na região sul esse número era de 2,65 e no estado do Paraná compreendia de 2,51 leitos SUS a cada 1000 habitantes (DATASUS, 2012).

## 4.2 COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi realizada a pesquisa de campo propriamente dita junto aos familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de doze anos, atendidas nas unidades básicas de saúde e unidades saúde da família da cidade de Cascavel-PR.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2012 e fevereiro de 2013, seguindo dois roteiros. O primeiro, com o propósito de caracterizar as famílias das crianças em estudo, constituído por formulário estruturado envolvendo variáveis sociodemográficas (Apêndice A). Este instrumento foi construído pela equipe responsável pela elaboração do projeto “Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança”, no qual esse estudo está inserido.

A segunda parte foi realizada por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária — PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) — Brasil versão criança (Anexo A), ao usuário do serviço de saúde da APS de Cascavel – PR, que esteve presente na unidade para receber ações de saúde, na forma de consulta médica ou de enfermagem, com seus filhos ou parentes

menores de doze anos. Para participar da pesquisa os sujeitos deveriam ser usuários do referido serviço e ter realizado pelo menos duas consultas nos últimos seis meses, na mesma unidade de saúde, previamente a esta para a qual se encontrava na unidade.

Os formulários foram aplicados pelos pesquisadores envolvidos com auxílio de acadêmicos dos cursos de enfermagem e medicina, bem como, alunos do curso de especialização em saúde pública — *lato sensu* da UNIOESTE, Campus Cascavel-PR. Os entrevistadores foram treinados quanto ao uso do formulário de coleta de dados nos meses de agosto e setembro de 2012. Durante o período de treinamento, os colaboradores realizaram a entrevista com seus familiares, anotando as dúvidas sobre o instrumento que, posteriormente, foram sanadas durante as reuniões do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil - GPEMI. Em seguida, durante as reuniões do referido grupo foram realizadas entrevistas entre os próprios colaboradores. Deu-se por encerrado o período de treinamento quando os entrevistadores não apresentaram mais dúvidas sobre o instrumento.

Como mencionado no referencial teórico o PCATool foi criado por Starfield e cols (2000), com intuito de medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção) e dos três atributos derivados da APS (orientação familiar; orientação comunitária; competência cultural).

Os atributos da APS podem ser:

avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, a sua comunidade adscrita. [...] A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a Atenção Primária à Saúde. Além disso, a identificação empírica dos atributos da Atenção Primária à Saúde permite verificar a associação entre



estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população (BRASIL, 2010c, p. 9).

O instrumento PCATool-Brasil possibilita mediante entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que necessitam de reafirmação ou reformulação para se obter melhoria na qualidade da assistência seja na etapa planejamento como na execução das ações de APS (BRASIL, 2010c).

O referido instrumento é composto de 55 itens distribuídos em 10 componentes, em que cada um está relacionado aos atributos da APS, compondo as variáveis a serem estudadas nessa pesquisa, como pode ser observado no quadro a seguir:

| ATRIBUTOS<br>ESSENCIAIS               | COMPONENTES -<br>ESTRUTURA DO<br>CUIDADO | ITENS                                    | COMPONENTES -<br>PROCESSO DO<br>CUIDADO | ITENS                                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Longitudinalidade</b>              | Grau de Afiliação                        | A1 ;A2; A3                               | Longitudinalidade                       | D1; D2; D3; D4;<br>D5; D6; D7; D8;<br>D9; D10; D11;<br>D12; D13; D14 |
| <b>Acesso de<br/>Primeiro Contato</b> | Acessibilidade                           | C1; C2; C3;<br>C4; C5; C6                | Utilização                              | B1; B2; B3                                                           |
| <b>Integralidade</b>                  | Serviços<br>Disponíveis                  | G1; G2; G3;<br>G4; G5; G6;<br>G7; G8; G9 | Serviços<br>Prestados                   | H1; H2; H3; H4;<br>H5                                                |
| <b>Coordenação</b>                    | Sistema de<br>Informação                 | F1; F2; F3                               | Integração<br>Cuidados de               | E2; E3; E4; E5;<br>E6                                                |
| <b>ATRIBUTOS DERIVADOS</b>            |                                          |                                          |                                         |                                                                      |
| <b>Orientação familiar</b>            | I1; I2; I3                               |                                          |                                         |                                                                      |
| <b>Orientação<br/>Comunitária</b>     | J1; J2; J3; J4                           |                                          |                                         |                                                                      |

**QUADRO 1** — Atributos essenciais e derivados da APS e apresentação dos componentes de estrutura e processo do cuidado

Destaca-se que a avaliação da competência cultural foi excluída durante a validação do instrumento por não atingir o ponto de corte.

As respostas foram apresentadas em escala tipo Likert com cinco opções de escolha, sendo elas: sempre (4), muitas vezes (3), poucas vezes (2), nunca (1), não sei/não lembro (9) (Apêndice B). No formulário PCATool versão II publicado pelo Ministério da Saúde, as respostas encontram-se como: com certeza, sim (4); provavelmente, sim (3); provavelmente, não (2); com certeza, não (1) e não sei/ não lembro (9). Foram realizados testes pilotos com ambas as escalas e optou-se por utilizar a primeira escala por ser mais fácil o entendimento dos usuários. Salienta-se que esta opção de escolha da escala de Likert não prejudicou as respostas e está em consonância com o instrumento do PCATool.

### **4.3 FONTE DE DADOS**

Os dados para identificação do número de atendimentos em um período de seis meses anteriores à etapa de coleta de dados da pesquisa, definido como o período de julho a dezembro de 2011, foram obtidos a partir de fontes secundárias junto ao TABWIN com relatórios produzidos por procedimentos, para crianças, com idades até doze anos incompletos nas unidades de saúde urbanas de APS do município. Assim como, em segundo momento os dados foram obtidos por meio de fontes primárias, ou seja, provindo da aplicação do formulário PCATool — Brasil versão criança junto aos pais ou responsáveis pelas crianças e do questionário de caracterização das famílias participantes do estudo.

### **4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Os sujeitos da pesquisa foram familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças, aqui entendidas aquelas conforme a definição legal, menores de onze anos, onze meses e vinte e nove dias, atendidas nas UBS e USF (área urbana). A fonte de informações originada no

TABWIN mostrou um total de 34.369 atendimentos para crianças menores de doze anos no período anteriormente descrito. Como os serviços de USF, no bairro Morumbi, ocorrem no mesmo espaço físico, os dados não são disponibilizados separados por equipe de saúde. A estatística do número absoluto de crianças pertencentes à territorialização de cada unidade de saúde também não foi disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

A partir desse dado, foi estimado o tamanho da amostra do estudo, por meio de amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por unidade. Para aplicar o PCATool, os familiares das crianças foram selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para atendimento médico ou de enfermagem. Foi realizado contato com os familiares na unidade de saúde e enquanto aguardavam o atendimento foi verificado se contemplavam os critérios de inclusão, explicado sobre a pesquisa e perguntado sobre a possibilidade de sua participação. Começava-se convidando o último familiar da fila de espera para entrevista e, caso esse não aceitasse, o imediatamente anterior, e assim sucessivamente, até completar-se a cota amostral estabelecida para cada unidade, a cada dia de aplicação dos formulários.

Após aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE (Apendice C) foram aplicados os instrumentos de coleta na sala de espera da unidade ou outro local à disposição, de acordo com as distintas realidades locais.

A amostra estratificada, de cada UBS e USF, foi definida conforme a tabela que segue, totalizando 548 entrevistas.

**TABELA 1** — Composição da amostra em relação à população de crianças menores de doze anos atendidas no município de Cascavel, PR segundo informações das UBS e USF Morumbi no ano de 2012.

| UBS/PSF            | POPULAÇÃO N   | AMOSTRA n  |
|--------------------|---------------|------------|
| Aclimação          | 1 160         | 18         |
| Cancelli           | 1 486         | 24         |
| Cascavel Velho     | 2 285         | 36         |
| Cataratas          | 1 978         | 32         |
| Claudete           | 1 021         | 16         |
| Colméia            | 1 119         | 18         |
| CSU São Critovão   | 1 346         | 21         |
| Faculdade          | 1 935         | 31         |
| Guarujá            | 1 138         | 18         |
| Brasmadeira        | 1 990         | 32         |
| Los Angeles        | 1 552         | 25         |
| Pacaembu           | 1 235         | 20         |
| Palmeiras          | 727           | 12         |
| Parque São Paulo   | 1 057         | 17         |
| Parque Verde       | 1 061         | 17         |
| Periollo           | 1 189         | 19         |
| Santa Cruz         | 2 773         | 44         |
| Santa Felicidade   | 1 578         | 25         |
| Santos Dumont      | 520           | 8          |
| Vila Tolentino     | 1 303         | 21         |
| XIV de Novembro    | 1 611         | 26         |
| Floresta           | 1 836         | 29         |
| Interlagos         | 1 377         | 22         |
| Morumbi (PSF)      | 1 092         | 17         |
| <b>TOTAL GERAL</b> | <b>34 369</b> | <b>548</b> |

FONTE: TABWIN, 2012

A amostra estratificada foi definida conforme segue o seguinte cálculo estatístico (COSTA NETO, 1977):

$$\frac{N_h}{N} = \frac{n_h}{n} \quad \text{onde: } N_h : \text{tamanho do estrato populacional}$$

$N$  : tamanho da população

$n_h$  : tamanho do estrato amostral

$n$  : tamanho da amostra.

Cálculo da margem de erro amostral com nível  $\alpha$  de 5% o qual nos fornece um  $Z = 1,96$  (COSTA NETO, 1977):

$$E = Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{(1-p)p}{n}}$$

Erro  $E = 2,53$  com nível alfa de 5%

Adotou-se então, uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95%, para obtenção da amostra de familiares a serem entrevistados.

## 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a aplicação dos instrumentos foram considerados critérios de inclusão: ter condições para ser o respondente do formulário, tais como capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados (TCLE); o acompanhante da criança na unidade de saúde deve ser seu principal cuidador da criança quando esta está em casa; a idade da criança até doze anos incompletos; o cuidador/respondente deve conhecer a unidade que iria avaliar, assim foi incluído aquele que havia levado a criança para atendimento naquela determinada unidade por, pelo menos duas vezes, previamente a consulta atual; moradores da região urbana de abrangência da unidade; moradores respondentes residentes fora da área de territorialização, mas que utilizam aquele serviço regularmente foram mantidos.

## **4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Familiares de crianças procedentes de outro município ou da área rural. Familiares que utilizaram esporadicamente a unidade para finalidades específicas, como imunização, por exemplo, mas não utilizam o serviço como um todo.

## **4.7 VARIÁVEIS**

Neste estudo foram analisadas as variáveis que compõe o formulário PCATool - Brasil versão criança, apresentadas no Quadro 1 anteriormente. Assim como, as variáveis que caracterizaram as famílias, quais sejam, principal cuidador; idade e anos de estudo do principal cuidador; número de filhos na família; intervalo interpartal; posição da criança na família; situação conjugal, escolaridade e ocupação dos pais da criança; renda familiar, contribuintes e dependentes; condições de moradia (tipo de construção, número de cômodos, localização, destino do lixo, rede de esgoto, abastecimento de água, eletricidade, eletrodomésticos); e meios de transporte utilizados pela família.

## **4.8 ANÁLISE DOS DADOS**

A análise foi realizada quantitativamente, a qual expõe a mensuração de variáveis predeterminadas, na busca de verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis. Essa análise não se preocupa com exceções, mas sim com generalizações, centralizando sua busca de informações em dados matemáticos (APPOLINÁRIO, 2012).

Os dados foram tabulados com dupla entrada do programa Excel 2010 e transferidos para o software SPSS 17.0, analisados mediante estatística simples de distribuição de frequências absolutas e relativas, bem como médias, erro padrão, mínima e máxima, sendo apresentados em tabelas para posterior comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão.

Para se obter o grau de orientação dos serviços para a APS é preciso o cálculo do escore de cada atributo essencial e derivado da APS. Para calcular os escores dos itens de cada elemento dos atributos, utilizou-se as diretrizes apresentadas no Manual do PCATool, versão criança (BRASIL, 2010c), que indica a seguinte regra de inversão de valores: se, para um entrevistado, a soma das respostas em branco (respostas 9) atingir 50% ou mais, não serão calculados o escore desse entrevistado para esse componente. Caso a soma das respostas 9 for inferior a 50% do total, o valor 9 deverá ser transformado em 2 para o entrevistado em questão. Essa transformação faz-se necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo usuário.

O escore de cada um dos itens que compõe cada atributo foi dado pela média das respostas dos respondentes. O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, mais grau de afiliação) dividido pelo número de componentes. conforme a fórmula:  $(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$ . O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (acrescido do grau de afiliação) somado aos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) dividido pelo número total de componentes:  $(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$  (BRASIL, 2010c).

A estrutura da longitudinalidade foi avaliada pela média do grau de afiliação, também componente com três itens (A1; A2 e A3) desse instrumento de avaliação. Para o escore desse componente utilizou-se o seguinte algoritmo (BRASIL, 2010c):

1. TODAS AS RESPOSTAS **NÃO**:  $A1=A2=A3=0$ , grau de afiliação = 1;
2. UMA, DUAS OU TRÊS RESPOSTAS **SIM**, PORÉM DIFERENTES:  
 $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$ , grau de afiliação = 2;
3. DUAS RESPOSTAS **SIM** IGUAIS, RELATIVAS AO MESMO SERVIÇO:  
 $A1=A2$  ou  $A1=A3$  ou  $A2=A3$ , grau de afiliação = 3;

**4. TODAS AS RESPOSTAS **SIM** E RELATIVAS AO MESMO SERVIÇO:**

A1=A2=A3=1, grau de afiliação=4.

Os valores obtidos para os escores foram transformados numa escala entre 0 e 10, conforme segue:  $(\text{escore obtido}-1) \times 10/3$  (BRASIL, 2010c).

Dessa forma, originando valor de ponto de corte  $\geq 3$  (6,6 quando o valor for transformado na escala de 0 a 10) como satisfatório ou como serviço orientado para a APS, ou seja, índices abaixo deste ponto equivalem as respostas provavelmente não; com certeza não e não sei/não lembro do PCATool, portanto, respostas negativas para o atributo (HAGGERTY et al. 2008; MULDOON et al. 2010).

## **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Para o desenvolvimento da pesquisa foram observados os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, conforme o que preconizam as Diretrizes e Normas de Pesquisa em seres Humanos, através da resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d).

A solicitação de autorização da pesquisa foi feita mediante ofício à Secretaria Municipal de Saúde do município de Cascavel (Apêndice D) e foi apreciado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP), aprovado sob o parecer nº 19391/2012 (Anexo B).

A solicitação de participação dos pais/cuidadores na pesquisa se deu por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, do qual somente participam do estudo as pessoas que concordaram e assinaram o referido termo em duas vias. Por ocasião da solicitação de participação, os pais/cuidadores foram informados sobre os objetivos do estudo, a forma de participação e o tempo provável de duração da coleta dos dados. Também lhes foi assegurado o livre



consentimento e a liberdade de desistir da participação se assim desejassem em qualquer momento, assim como sigilo das informações prestadas e anonimato na divulgação dos resultados da pesquisa.

O pesquisador responsável e os colaboradores envolvidos assinaram o termo de compromisso a fim de preservar a privacidade dos usuários cujos dados foram coletados, que as informações seriam utilizadas somente para a execução do projeto em questão e que estas somente seriam divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que pudessem identificar o sujeito da pesquisa.

## Resultados e Discussão

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados são apresentados em duas etapas. Primeiramente, caracteriza-se as famílias das crianças participantes do estudo. Posteriormente, são apresentados os resultados propriamente ditos, no formato de dois artigos científicos. Cada artigo tem a formatação da revista à qual será enviado para publicação.

### **5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PR**

Na Tabela 2, a seguir, os dados apresentados referem-se ao número de filhos na família, intervalo entre os partos e o parto da criança e a posição da criança na família.

**TABELA 2** — Dados das crianças atendidas nos serviços de APS no município de Cascavel entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, relacionados ao número de filhos na família, intervalo entre os partos e o parto da criança e a posição da criança na família. Cascavel – 2013.

| VARIÁVEL                                            | DESCRIÇÃO              | FA (n)     | FR (%)        |
|-----------------------------------------------------|------------------------|------------|---------------|
| Número de filhos na família                         | Um                     | 228        | 41,61         |
|                                                     | Dois                   | 189        | 34,49         |
|                                                     | Três                   | 82         | 14,96         |
|                                                     | Quatro                 | 34         | 6,20          |
|                                                     | Cinco                  | 10         | 1,82          |
|                                                     | Mais de cinco          | 4          | 0,73          |
|                                                     | Não informado/não sabe | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                                        |                        | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Intervalo entre o último parto e o parto da criança | Gestação única         | 223        | 40,69         |
|                                                     | Até 2 anos             | 63         | 11,50         |
|                                                     | Mais de dois anos      | 260        | 47,45         |
|                                                     | Não sabe               | 1          | 0,18          |
|                                                     | Gemelar                | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                                        |                        | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Posição da criança na família                       | Primeiro filho         | 274        | 50,00         |
|                                                     | Segundo filho          | 165        | 30,11         |
|                                                     | Terceiro filho         | 67         | 12,23         |
|                                                     | Quarto filho           | 30         | 5,47          |
|                                                     | Outros                 | 12         | 2,19          |
| <b>TOTAL</b>                                        |                        | <b>548</b> | <b>100,00</b> |

Das crianças atendidas nas UBS e USF e que participaram deste estudo, 228 (41,61%) são filhos únicos, das demais crianças 189 (34,49%) possuem um irmão, 82 (14,96%) afirmam ter dois irmãos, 34 (6,20%) possuem três irmãos, 10 (1,82%) têm quatro irmãos e 4 (0,73%) crianças têm mais de quatro irmãos. Dados da região sul do país (IBGE, 2012) apontam que 22,2% das mulheres possuem apenas um filho e 39,6% possuem dois filhos ou mais, dados estes divergentes do local de estudo ora apresentado, no qual 58,38% das famílias tem mais que dois filhos.

Quando o cuidador foi questionado sobre o intervalo entre o último parto e o parto da criança, 223 (40,69%) apontam o parto único (incluídos aqui

alguns gemelares). Em crianças que possuem irmãos, o intervalo de idade entre eles é maior que dois anos para 260 (47,45%) casos. Considera-se importante destacar o intervalo entre os partos, pois este também tem sido considerado como um risco para a mortalidade infantil quando é menor que 24 meses. O intervalo interpartal superior a 36 meses é preconizado pela OMS por favorecer o aleitamento materno e dar melhores condições à mãe no cuidado para com a criança (JOBIM; AERTS, 2008). Tem-se ainda que paridades iguais ou maiores que quatro também são considerados fatores de risco para mortalidade neonatal e infantil, de modo que o óbito da criança pode estar associado a algum prejuízo da função normal do útero ou à baixa condição social e de renda das famílias que se reflete na alta paridade (MACHADO; HILL, 2003). Nesse estudo, foi identificado que, das crianças que não são filhos únicos, 47,45% possuem intervalo entre os partos, maior que dois anos, para tanto, não sendo constatados esses fatores de risco.

Referente à posição da criança na família, 274 (50,00%) são os primeiros filhos, 165 (30,11%) são o segundo filho e 67 (12,23%) são o terceiro filho.

A seguir, na Tabela 3, são exibidos dados sobre quem é o principal cuidador da criança, sua idade e sua escolaridade.

**TABELA 3** — Distribuição sobre dados do principal cuidador de crianças atendidas nas UBS e USF do município de Cascavel entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, sua idade e escolaridade. Cascavel, 2013.

| VARIÁVEL                             | DESCRIÇÃO          | FA (n)     | FR (%)        |
|--------------------------------------|--------------------|------------|---------------|
| Principal cuidador da criança        | Mãe                | 440        | 80,29         |
|                                      | Pai                | 13         | 2,37          |
|                                      | Avós               | 54         | 9,85          |
|                                      | Irmão mais velho   | 4          | 0,73          |
|                                      | Madrinha           | 1          | 0,18          |
|                                      | Creche/escolinha   | 22         | 4,01          |
|                                      | Tias               | 6          | 1,09          |
|                                      | Vizinhos           | 1          | 0,18          |
|                                      | Babá               | 6          | 1,09          |
|                                      | Madrasta           | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                         |                    | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Idade do principal cuidador          | 15 a 19 anos       | 47         | 8,58          |
|                                      | 20 a 24 anos       | 113        | 20,62         |
|                                      | 25 a 29 anos       | 102        | 18,61         |
|                                      | 30 a 34 anos       | 102        | 18,61         |
|                                      | 35 a 39 anos       | 56         | 10,22         |
|                                      | 40 a 44 anos       | 42         | 7,66          |
|                                      | 45 a 49 anos       | 26         | 4,74          |
|                                      | 50 a 54 anos       | 14         | 2,55          |
|                                      | 54 a 59 anos       | 9          | 1,64          |
|                                      | 60 a 64 anos       | 9          | 1,64          |
|                                      | 65 e mais anos     | 6          | 1,09          |
|                                      | Não informado      | 22         | 4,01          |
| <b>TOTAL</b>                         |                    | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Anos de estudo do principal cuidador | 0 a 4 anos         | 51         | 9,31          |
|                                      | 5 a 9 anos         | 205        | 37,41         |
|                                      | 10 a 14 anos       | 252        | 45,99         |
|                                      | 15 anos ou mais    | 14         | 2,55          |
|                                      | Não soube informar | 26         | 4,74          |
| <b>TOTAL</b>                         |                    | <b>548</b> | <b>100,00</b> |

Verifica-se, conforme a tabela anterior, que, neste estudo, o principal cuidador da criança, em 440 (80,29%) das famílias é a mãe, seguido pelos avós e pela creche/escolinha, com respectivamente 54 (9,85%) e 22 (4,01%) dos casos. Das famílias entrevistadas, para 13 (2,37%), o pai é considerado o principal cuidador da criança. Viera et al. (2012), em estudo realizado no município de Cascavel –PR, com uma amostra de 110 crianças menores de um ano,

destacam que a morbidade e a hospitalização estão fortemente associadas à pessoa que assume a responsabilidade de principal cuidador. Outra situação que está relacionada à morbidade e à hospitalização de crianças é quem assume a responsabilidade pelos cuidados na ausência da mãe. Assim, a frequência à creche aparece como fator de risco associado à morbidade e internação hospitalar, tendo destaque às internações por infecções respiratórias agudas (CAETANO et al., 2002; MANDELL, 2000).

Com relação à idade do principal cuidador, a faixa etária com maior destaque é de 20 a 24 anos, sendo que, 113 (20,62%) cuidadores estão inseridos nesta faixa etária. Enquanto que, 102 (18,61%) cuidadores possuem de 25 a 29 anos, assim como na mesma proporção possuem de 30 a 34 anos. Nas faixas etárias consideradas extremos de idades, tem-se menor índice de principais cuidadores.

Foi observado que, dos cuidadores principais, 252 (45,99%) participantes, estudaram de 10 a 14 anos, 205 (37,41%) estudaram de 5 a 9 anos. Considera-se que esses cuidadores possuem tempo de estudo compatível com ensino médio e fundamental e 51 (9,31%) possuem de 0 a 4 anos de estudo, considerado baixo grau de instrução. 14 (2,55%) estudaram durante 15 anos ou mais. Esses dados estão em consonância com o estudo de Viera et al. (2012), os quais apontaram que 34,54% dos cuidadores das crianças possuem escolaridade referente ao ensino médio completo e apenas 2,72% não possuem escolaridade. A relevância da escolaridade do principal cuidador da criança e as condições de morbidade e mortalidade infantil podem estar relacionadas com esse dado. Índices da região sul do Brasil em 2011, apontam que pessoas entre 18 e 24 anos, idade dos principais cuidadores do presente estudo, possuem elevado índice de escolaridade. Esses números diferem-se daqueles da região nordeste, os quais apontam que 36,8% possuem ensino superior, 43,9% possuem o ensino médio e 13,7% possuem o ensino fundamental (IBGE, 2012).

Na Tabela 4, serão apresentados os dados sobre os pais das crianças que participaram do estudo. Constam nesta análise a situação conjugal dos pais, escolaridade e ocupação profissional.

**TABELA 4** — Dados referentes a situação conjugal, escolaridade e ocupação profissional dos pais das crianças atendidas na UBS e USF município de Cascavel-PR entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Cascavel – PR, 2013.

| VARIÁVEL                              | DESCRIÇÃO                     | FA (n)     | FR (%)        |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------|---------------|
| Situação conjugal dos pais da criança | Casados                       | 272        | 49,64         |
|                                       | União estável                 | 152        | 27,74         |
|                                       | Mãe solteira                  | 68         | 12,41         |
|                                       | Pai solteiro                  | 1          | 0,18          |
|                                       | Namorados                     | 11         | 2,01          |
|                                       | Viúvo/a                       | 8          | 1,46          |
|                                       | Pai casado                    | 5          | 0,91          |
|                                       | Mãe casado                    | 30         | 5,47          |
|                                       | Não sabe informar             | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                          |                               | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Anos de estudo do pai                 | 0 a 4 anos                    | 48         | 8,76          |
|                                       | 5 a 9 anos                    | 207        | 37,77         |
|                                       | 10 a 14 anos                  | 234        | 42,70         |
|                                       | 15 anos ou mais               | 15         | 2,74          |
|                                       | Não soube informar            | 44         | 8,03          |
| <b>TOTAL</b>                          |                               | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Anos de estudo da mãe                 | 0 a 4 anos                    | 26         | 4,74          |
|                                       | 5 a 9 anos                    | 203        | 37,04         |
|                                       | 10 a 14 anos                  | 284        | 51,82         |
|                                       | 15 anos ou mais               | 23         | 4,20          |
|                                       | Não soube informar            | 12         | 2,19          |
| <b>TOTAL</b>                          |                               | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Ocupação do pai                       | Empregado do comércio         | 155        | 28,28         |
|                                       | Trabalhador doméstico         | 3          | 0,55          |
|                                       | Empregado da construção civil | 88         | 16,06         |
|                                       | Auxiliar de serviços gerais   | 47         | 8,58          |
|                                       | Conta própria – informal      | 4          | 0,73          |
|                                       | Trabalhador rural             | 4          | 0,73          |
|                                       | Autônomo                      | 77         | 14,05         |
|                                       | Sem ocupação no momento       | 10         | 1,82          |
|                                       | Aposentado                    | 2          | 0,36          |
|                                       | Outros                        | 142        | 25,91         |
|                                       | Não sabe informar             | 16         | 3,09          |
| <b>TOTAL</b>                          |                               | <b>548</b> | <b>100,00</b> |

Continua...



...conclusão

|                 |                               |            |               |
|-----------------|-------------------------------|------------|---------------|
| Ocupação da mãe | Empregado do comércio         | 118        | 21,53         |
|                 | Trabalhador doméstico         | 25         | 4,56          |
|                 | Empregado da construção civil | 3          | 0,55          |
|                 | Auxiliar de serviços gerais   | 37         | 6,75          |
|                 | Conta própria – informal      | 5          | 0,91          |
|                 | Trabalhador rural             | 24         | 4,38          |
|                 | Autônomo                      | 42         | 7,66          |
|                 | Sem ocupação no momento       | 223        | 40,69         |
|                 | Do lar                        | 69         | 12,59         |
|                 | Não sabe informar             | 2          | 0,36          |
| <b>TOTAL</b>    |                               | <b>548</b> | <b>100,00</b> |

Em análise da situação conjugal dos pais das crianças em estudo, observou-se que 272 (49,64%) são casados, 152 (27,74%) têm união estável, 68 (12,41%) são mães solteiras, 30 (5,47%) são mães casadas com outro homem que não é o pai da criança e 11 (2,01%) dos pais são namorados. Verifica-se semelhança desse achado em outros estudos (PEREIRA; CABRAL, 2008; VIERA et al. 2012). Identificou-se que no Brasil, no período de 2001 a 2011, houve modificações na distribuição dos arranjos familiares, com redução das famílias constituídas por casal com filhos (de 53,3% para 46,3%) (IBGE, 2012). As famílias que participaram do presente estudo são, em sua maioria, formadas por pais casados. Nos arranjos constituídos por mulher com filhos e sem cônjuge, o Brasil apresentou uma ligeira redução de 17,8% para 16,4%. Esse padrão de organização dos arranjos familiares está associado às transformações econômicas e sociais e à tendência de queda da fecundidade que, por sua vez, também pode ser atribuída ao desenvolvimento das relações de gênero, ligadas às mudanças pelas quais passa a sociedade brasileira contemporânea (IBGE, 2012).

Outros dados analisados neste estudo foram o grau de instrução dos pais das crianças, bem como suas atividades laborais. A educação é vista como essencial para a promoção da cidadania, apresentando visível impacto nas condições gerais de vida da população, o que a torna cada vez mais imprescindível para a inserção social. Em consonância com a escolaridade e com as ocupações laborais, tem-se que, quanto maior for o acesso à educação de qualidade,

consequentemente, mais igualitária será a chance de ascender às ocupações mais valorizadas (IBGE, 2012).

Com relação aos anos de estudo do pai da criança, 234 (42,70%) estudaram de 10 a 14 anos, 207 (37,77%) possuem de cinco a nove anos de estudo e 48 (8,76%) estudaram de zero a quatro anos. Apenas 15 (2,74%) pais estudaram 15 anos ou mais. Ao analisar a escolaridade das mães, segue a mesma tendência, com 284 (51,82%) mães que estudaram de 10 a 14 anos, 203 (37,04%) com cinco a nove anos de estudo e 26 (4,74%) possuem de zero a quatro anos de estudo. Mães que possuem 15 anos ou mais de estudo totalizaram 23 (4,20%). Essa condição foi observada também no estudo de Viera et al. (2012).

A verificação da escolaridade materna faz-se necessário, uma vez que, esse fator social está atrelado diretamente com as taxas de morbidade e mortalidade infantil. Macedo et al. (2007) observaram que as mães que possuem maior nível de escolaridade, por terem um conhecimento mais abrangente de medidas preventivas de saúde, desenvolvem ações relacionadas ao cuidado mais adequado à criança. Isso pode contribuir para a redução de internações hospitalares por condições relacionada à APS.

Com relação à mortalidade na infância, no caso de mães que não completaram quatro anos de estudo, o risco de morte dos filhos é 40% mais elevado do que aquelas que têm de quatro a sete anos de estudo, e 46% superior se comparado com a estimativa para aquelas que possuem o ensino fundamental completo (BRASIL, 2009c).

Outro elemento analisado foi a ocupação dos pais das crianças, sendo que, as sociedades atuais veem o trabalho como elemento de forte centralidade, por meio do qual se estabelecem as relações sociais e econômicas, estruturando a vida cotidiana das famílias (IBGE, 2012).

Com relação ao pai, 155 (28,28%) são trabalhadores do comércio, 88 (16,06%) atuam na construção civil, 77 (14,05%) são autônomos e 142 (25,91%) trabalham em outros lugares não mencionados. As mães, 223 (40,69%) estão sem ocupação no momento, 118 (21,53%) são trabalhadoras do comércio,

69 (12,59%) foram consideradas trabalhadoras do lar, 42 (7,66%) possuem trabalho autônomo; 37 (6,75%) atuam na área de serviços gerais; e 25 (4,46%) são trabalhadoras domésticas. Destaca-se, neste dado, o número elevado de mães que estão sem ocupação ou se declararam trabalhadoras do lar, que somadas atingem 392 (53,28%) das pesquisadas. O trabalho doméstico é uma realidade para muitas mulheres, mas, assim como neste estudo, no Brasil, também se tem uma redução do número de trabalhadoras domésticas. Tal redução é resultado de vários fatores, como elevação da escolaridade e oferta de trabalho em outros setores (IBGE, 2012).

Nos últimos dez anos no Brasil, ocorreu um aumento do trabalho formal, tanto para os homens como para as mulheres, acima de 16 anos de idade. Em 2001, 46,7% dos homens possuíam trabalho formal, em 2006 esse índice aumentou para 49,3% e em 2011 para 56,8%. Com relação às mulheres, em 2001, 43,2% declararam ter trabalho formal, em 2006, 44,9% e, em 2011, esse índice subiu para 54,8%. A informalidade é uma característica da população idosa com 60 anos ou mais de idade (71,7%) e da população jovem de 16 a 24 anos (46,5%) (IBGE, 2012). Esses índices ainda estão aquém do que se considera ideal para que as famílias possam desfrutar de condições favoráveis para a manutenção e elevação do padrão de vida, indispensável para bem-estar da família.

Apresentam-se, na sequência, dados sobre as condições familiares, tais como, renda familiar, número de pessoas que compõe a família e quem contribui para a renda, quantas pessoas dependem dessa renda e o tipo de transporte utilizado pela família.

**TABELA 5** — Dados referentes à renda familiar, número de pessoas e quem contribui para a renda, número de dependentes e tipo de transporte utilizado pelas famílias das crianças atendidas na UBS e USF município de Cascavel-PR entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Cascavel – PR, 2013.

| VARIÁVEL                                      | DESCRIÇÃO                        | FA (n)      | FR (%)        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|-------------|---------------|
| Renda familiar                                | Menos que um salário mínimo      | 14          | 2,55          |
|                                               | Um salário mínimo                | 118         | 21,53         |
|                                               | Dois salários mínimos            | 202         | 36,86         |
|                                               | Três salários mínimos            | 129         | 23,54         |
|                                               | Quatro salários mínimos          | 50          | 9,12          |
|                                               | Mais que quatro salários mínimos | 29          | 5,29          |
|                                               | Sem renda                        | 1           | 0,18          |
|                                               | Não soube informar               | 5           | 0,90          |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                  | <b>548</b>  | <b>100,00</b> |
| Número de pessoas que contribuem para a renda | Uma pessoa                       | 281         | 51,28         |
|                                               | Duas pessoas                     | 228         | 41,61         |
|                                               | Três pessoas                     | 32          | 5,84          |
|                                               | Nenhuma                          | 7           | 1,28          |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                  | <b>548</b>  | <b>100,00</b> |
| Contribuintes para a renda familiar           | Pai                              | 231         | 42,15         |
|                                               | Mãe                              | 51          | 9,31          |
|                                               | Pai e Mãe                        | 212         | 38,69         |
|                                               | Outros                           | 30          | 5,47          |
|                                               | Mãe e outros                     | 11          | 2,01          |
|                                               | Pai, mãe e outros                | 13          | 2,37          |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                  | <b>548</b>  | <b>100,00</b> |
| Dependentes da renda familiar                 | Até duas pessoas                 | 20          | 3,66          |
|                                               | Três pessoas                     | 210         | 38,32         |
|                                               | Quatro pessoas                   | 186         | 33,94         |
|                                               | Cinco pessoas                    | 92          | 16,79         |
|                                               | Seis pessoas                     | 28          | 5,11          |
|                                               | Sete pessoas                     | 7           | 1,28          |
|                                               | Oito pessoas                     | 2           | 0,36          |
|                                               | Não sabe                         | 3           | 0,54          |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                  | <b>548</b>  | <b>100,00</b> |
| Tipo de transporte utilizado pela família     | Carro próprio                    | 258         | 47,08         |
|                                               | Motocicleta                      | 48          | 8,76          |
|                                               | Ônibus coletivo                  | 269         | 49,09         |
|                                               | Bicicleta                        | 15          | 2,74          |
|                                               | Outros (carro emprestado)        | 1           | 0,18          |
|                                               | Outros (a pé)                    | 12          | 2,19          |
| <b>TOTAL</b>                                  |                                  | <b>603*</b> |               |

\*Alguns sujeitos da pesquisa referiram mais de um meio de transporte utilizado pela família.

Verifica-se, no presente estudo, que a renda familiar para 202 (36,86%) é de dois salários mínimos, para 129 (23,54%) famílias a renda é de três salários mínimos, 118 (21,53%) famílias declararam que recebem um salário mínimo e 50 (9,12%) famílias possuem uma renda de quatro salários mínimos. Uma (0,18%) família declarou não possuir renda.

A provisão de bem-estar e manutenção no padrão de vida está diretamente relacionada com o peso do rendimento do trabalho (IBGE, 2012). No Brasil, o salário mínimo é estipulado pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) previsto na Lei 12.382/2011, sendo estabelecidas nesta mesma lei, as diretrizes para a política de valorização do salário mínimo a vigorar entre 2012 e 2015 (BRASIL, 2012c). Em 2013, ano de realização desta pesquisa, o valor do salário mínimo brasileiro era de 678,00 reais (BRASIL, 2012c).

Analisando a renda domiciliar per capita nacional, em 2010, tem-se o valor de 767,02 reais. Entre as Unidades da Federação, destaca-se, em primeiro lugar, o Distrito Federal, com 1.665,42 reais e, em seguida, o estado de São Paulo, com 1.036,51 reais. O estado brasileiro com renda domiciliar per capita mais baixa é o Maranhão, com um valor de 408,27 reais. O estado do Paraná encontra-se em sexto lugar, com uma renda per capita domiciliar de 870,59 reais (BRASIL, 2013). Tem-se, neste estudo, que 23,08% das famílias vivem com um salário igual ou inferior ao salário mínimo nacional, no valor de 678,00 reais.

Com relação ao número de pessoas que contribuem para a renda familiar, 281 (51,28%) famílias declararam que apenas uma pessoa faz essa contribuição, 228 (41,61%) famílias afirmaram que duas pessoas contribuem para a renda e 32 (5,84%) famílias possuem três pessoas contribuintes.

Das famílias entrevistadas, 231 (42,15%) aponta o pai como principal e único contribuinte da renda familiar, 212 (38,69%) famílias são mantidas pelo pai e pela mãe, 51 (9,31%) declararam que a mãe é a mantenedora familiar, 13 (2,37%) famílias apontaram o pai, a mãe e outros como provedores da renda familiar, 11 (2,01%) apontaram a mãe e outras pessoas que contribuem para essa renda e 30 (5,47%) famílias declararam que outras pessoas contribuem para a renda familiar. O rendimento familiar per capita no Brasil em 2011 aponta que, das

famílias cuja referência de renda é o sexo masculino, e o casal possui filhos, 23,6% possuem uma renda de um a dois salários mínimos e 15,2% possuem renda per capita de mais de dois salários mínimos (IBGE, 2012).

Outro elemento analisado foi o número de dependentes dessa renda familiar. 210 (38,32%) famílias declararam que três pessoas são dependentes, 186 (33,94%) famílias afirmaram que quatro pessoas vivem dessa renda, seguindo de 92 (16,79%), 28 (5,11%) e 20 (3,66) famílias possuem cinco, seis e dois dependentes respectivamente.

De acordo com o transporte utilizado pelas famílias, tem-se destaque para o ônibus coletivo, com 269 (49,09%) das famílias utilizando, 258 (47,08%) afirmaram que possuem carro próprio, 48 (8,76%) utilizam motocicleta e 15 (2,74%) afirmaram que a bicicleta é o principal meio de transporte. 12 (2,19%) das famílias relataram que andam a pé. Salienta-se que os entrevistados tinham a opção de mais de um transporte.

Na Tabela 6, a seguir, foram analisadas as condições de moradia das famílias das crianças em estudo, sendo identificado a procedência da casa, o tipo de construção, número de cômodos na casa, característica dominante da área da casa, tipo de abastecimento de água e luz, destino do esgoto e do lixo, condições da rua e eletrodomésticos que a família possui.

A análise das condições de vida das famílias permeia a mensuração das condições de habitação, avaliando, desde o acesso do domicílio a serviços de saneamento, até a posse de bens considerados essenciais para o bem-estar e o conforto dos indivíduos. O diagnóstico da qualidade da moradia deve considerar as condições de abastecimento de água, saneamento, iluminação, pavimentação, conforto e estética das habitações (IBGE, 2012).

**TABELA 6** — Dados referentes à procedência da residência, tipo de construção, número de cômodos, características da área e da rua da residência, condições de saneamento e eletricidade das casas das famílias das crianças atendidas na UBS e USF município de Cascavel-PR entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Cascavel – PR, 2013.

| VARIÁVEL                                        | DESCRIÇÃO                            | FA (n)     | FR (%)        |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|------------|---------------|
| Procedência da residência                       | Própria                              | 297        | 54,20         |
|                                                 | Alugada                              | 182        | 33,21         |
|                                                 | Cedida                               | 68         | 12,41         |
|                                                 | Invasão não legalizada               | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                                    |                                      | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Tipo de construção                              | Alvenaria                            | 441        | 80,47         |
|                                                 | Madeira                              | 60         | 10,95         |
|                                                 | Mista                                | 43         | 7,85          |
|                                                 | Lona                                 | 1          | 0,18          |
|                                                 | Não sabe                             | 3          | 0,55          |
| <b>TOTAL</b>                                    |                                      | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Número de cômodos                               | Um                                   | 14         | 2,55          |
|                                                 | Dois                                 | 15         | 2,74          |
|                                                 | Três                                 | 62         | 11,31         |
|                                                 | Quatro                               | 112        | 20,44         |
|                                                 | Mais de quatro                       | 345        | 62,96         |
| <b>TOTAL</b>                                    |                                      | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Característica dominante da área da casa        | Residencial                          | 520        | 94,89         |
|                                                 | Comercial                            | 9          | 1,64          |
|                                                 | Industrial                           | 1          | 0,18          |
|                                                 | Mista                                | 11         | 2,01          |
|                                                 | Área verde                           | 7          | 1,28          |
| <b>TOTAL</b>                                    |                                      | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Características da rua onde a casa é localizada | Asfalto                              | 459        | 83,76         |
|                                                 | Calçamento                           | 21         | 3,83          |
|                                                 | Terra                                | 68         | 12,41         |
| <b>TOTAL</b>                                    |                                      | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Tipo de abastecimento de água                   | Rede oficial tratada                 | 526        | 95,99         |
|                                                 | Encanada com abastecimento regular   | 8          | 1,46          |
|                                                 | Encanada com abastecimento irregular | 2          | 0,36          |
|                                                 | Água de poço                         | 11         | 2,01          |
|                                                 | Mina                                 | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                                    |                                      | <b>548</b> | <b>100,00</b> |

Continua...

...conclusão

|                               |                         |             |               |
|-------------------------------|-------------------------|-------------|---------------|
| Destino do esgoto             | Rede oficial            | 310         | 56,57         |
|                               | Fossa                   | 228         | 41,61         |
|                               | Esgoto a céu aberto     | 6           | 1,09          |
|                               | Não sabe                | 4           | 0,72          |
| <b>TOTAL</b>                  |                         | <b>548</b>  | <b>100,00</b> |
| Abastecimento da eletricidade | Rede oficial            | 539         | 98,54         |
|                               | Ligação coletiva        | 4           | 0,73          |
|                               | Ligação clandestina     | 3           | 0,55          |
|                               | Ausente                 | 1           | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                  |                         | <b>547*</b> | <b>100,00</b> |
| Destino do lixo               | Coleta regular          | 540         | 98,54         |
|                               | Coleta irregular        | 3           | 0,73          |
|                               | Queimado                | 4           | 0,55          |
|                               | Enterrado               | 1           | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                  |                         | <b>548</b>  | <b>100,00</b> |
| Eletrodomésticos*             | Geladeira               | 547         | 99,82         |
|                               | Televisão               | 541         | 98,72         |
|                               | Fogão a gás             | 547         | 99,82         |
|                               | Chuveiro elétrico       | 543         | 99,09         |
|                               | Rádio                   | 483         | 88,14         |
|                               | Maquina de lavar roupas | 524         | 95,62         |
|                               | Computador              | 297         | 54,20         |

\*Nesse item os entrevistados responderam mais de uma opção, sendo que o total de cada item encontra-se na coluna de respostas de frequências absolutas e relativas.

Analisando-se a procedência da casa da criança, 297 (54,20%) das famílias possuem casa própria, 182 (33,21%) vivem em casa alugada e 68 (12,41%) famílias vivem em casa cedida.

Dos tipos de moradia, 441(80,47%) casas são de alvenaria, 60 (10,95%) são de madeira, 43 (7,85%) são mistas e uma (0,18%) é de lona. No estudo de Paz, Almeida e Günther (2012) foi observado como fator de risco de diarreia em crianças menores de dois anos, o tipo de moradia que não são de alvenaria, sugerindo que as condições precárias de moradia podem acarretar dificuldade de higienização no domicílio, bem como são características de baixa renda familiar. Neste estudo, ficou evidenciado que a maioria das famílias não



teme esse fator de risco, visto que vive em casas de alvenaria. Com relação ao número de cômodos que a casa possui 345 (62,96%) das famílias afirmaram que a casa possui mais que quatro cômodos, 112 (20,44%) casas possuem quatro cômodos, 62 (11,21%) possuem três cômodos, 15 (2,74%) possuem dois cômodos e 14 (2,55%) das casas possuem apenas um cômodo.

A característica dominante da área da casa das famílias é residencial em 520 (94,89%) propriedades. Em seguida a área predominante é a mista (residencial e comercial), com 11 (2,01%) residências. A área comercial foi considerada por 9 (1,64%) famílias e 7 (1,28%) famílias afirmaram que o local onde moram é predominantemente composto por área com mata (área verde). Com relação às condições da rua onde a casa está localizada, 459 (83,76%) são de asfalto, 68 (12,41%) são de terra e 21 (3,83%) são de calçamento. As condições da área de moradia das famílias possuem uma relação direta com as condições de saúde. Estudos apontam que famílias residentes em áreas consideradas de invasão possuem maiores chances de adoecimento e mortalidade infantil por exposição a patógenos, principalmente os causadores de diarreia, bem como são consideradas famílias em situação de exclusão social (ALMEIDA; BARROS, 2004; PEREIRA; CABRAL, 2008; PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012). Assim como no estudo de Viera et al. (2012), a maioria das famílias participantes vivem em área urbana e em ruas asfaltadas.

Os quatro componentes considerados fundamentais para uma vida saudável são: abastecimento de água por rede geral, o esgoto sanitário por rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto, a coleta direta ou indireta do lixo, e iluminação pública. Estes componentes fundamentais presentes simultaneamente nos domicílios revelam a ação do poder público na gestão das condições de vida da população (IBGE, 2012).

Dados de 2011 apontam que somente 69,4% dos domicílios urbanos brasileiros declararam ter acesso simultâneo aos serviços de saneamento mencionados. Isso representava que 16 milhões de domicílios no país, ainda não tinham acesso ao saneamento adequado. No estado do Paraná, esse índice é de 34,8%. Outro dado relevante é que as melhores condições de saneamento básico

estão entre as famílias que possuem uma renda maior do que dois salários mínimos (IBGE, 2012).

Com relação a esse aspecto, o presente estudo traz que o destino do esgoto para 310 (56,57%) é tratado pela rede oficial. Contudo, um dado que chama atenção é que 228 (41,61%) das famílias utilizam a fossa e seis (1,09%) afirmam que o lixo é jogado a céu aberto. Na região Sul do Brasil, estudo realizado nas grandes regiões, aponta que ocorreu um crescimento no número de domicílios que possuem saneamento de 2001 para 2011, com índice de 56,6% para 66,8%, respectivamente (IBGE, 2012).

O saneamento básico é fundamental para a prevenção de doenças, principalmente daquelas transmitidas pela veiculação da água ou relacionadas com excretas. A má condição de saúde das crianças, principalmente em relação a doenças parasitárias, está intimamente relacionada com a inexistência de acesso à rede coletora de esgotos, por poluir o ambiente e possibilitar a veiculação de agentes patológicos (PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012). Com base em tal quadro, o presente estudo constatou que 41,61% das crianças pesquisadas encontravam-se vulneráveis ao desenvolvimento de doenças.

O tipo de abastecimento de água prevalente nas famílias foi da rede oficial tratada, com 526 (95,99%) famílias, seguido de água de poço, com 11 (2,01%) famílias. Oito (1,46%) famílias relataram que possuem água encanada com abastecimento regular e duas (0,36%) possuem abastecimento irregular. Uma (0,18%) família possui abastecimento por mina. O acesso e o consumo de água proveniente da rede oficial tratada diminuem a probabilidade de ocorrência de doenças, pois o padrão de tratamento da água e potabilidade requerido no sistema garantem a qualidade da água como fonte segura para consumo humano. Isso não ocorre quando o abastecimento resulta de fontes alternativas como poço, mina, entre outros, de qualidade sanitária duvidosa para atender às necessidades básicas (PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012). No estado do Paraná, em 2011, 11,3% das crianças de zero a 14 anos residiam em moradias que não possuíam abastecimento de água por rede oficial (IBGE, 2012).

Constatou-se, ainda, que 539 (98,54%) das casas possui eletricidade da rede oficial, quatro (0,73%) utilizam ligação coletiva, três (0,55%) possuem ligação clandestina e uma (0,18%) casa não possui eletricidade.

A coleta de lixo das residências é realizada quase em sua totalidade pela coleta regular com 540 (98,54%) casas. Em quatro (0,73%) residências o lixo é queimado, três (0,55%) possuem coleta irregular e uma (0,18%) o lixo é enterrado. No estado do Paraná, em 2011, constatou-se que 7,6% das crianças de zero a 14 anos residem em locais onde não existe coleta direta ou indireta de lixo (IBGE, 2012).

Dentre as famílias estudadas, o eletrodoméstico mais presente nas residências é a geladeira e o fogão a gás em 547 (99,82%) famílias, 543 (99,09%) possuem chuveiro elétrico, 541 (98,72%) possuem televisão, 524 (95,62%) possuem máquina de lavar roupas, 483 (88,14%) possuem rádio. O computador foi o item eletrônico menos citado, sendo que 297 (54,20%) famílias possuem esse equipamento. Considera-se que a posse de computador está ligada à questão da inclusão no mundo digital, a televisão, de uma forma geral, está relacionada à informação e ao entretenimento, e a máquina de lavar, às transformações no trabalho doméstico (IBGE, 2012).

O computador, a televisão e a máquina de lavar roupas são considerados eletrodomésticos de primeira seleção de bens. Nesse sentido, em 2011, nos 52,8 milhões de domicílios urbanos no Brasil, verificou-se que 37,1% tinham acesso ao serviço de energia elétrica e posse dos bens considerados de primeira seleção. No entanto, nas famílias com rendimento domiciliar per capita de até meio salário mínimo, calculado em nove milhões de domicílios, o acesso foi bem mais restrito, sendo que apenas 10,8% deles tinham acesso simultâneo ao serviço de energia elétrica, computador, televisão e máquina de lavar. Nessa faixa de rendimento, dos que não têm acesso, a ausência de computador e acesso à internet chegou a 92,2% (IBGE, 2012).

A seguir serão expostos os artigos científicos de acordo com as normas da revista científica a qual serão submetidos.

☐ **ESTRUTURA E PROCESSO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

Este artigo foi submetido à revista **Revista Texto & Contexto**,  
cujas normas de publicação encontram-se no Anexo C.

☐ **AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR E  
COMUNITÁRIA NA SAÚDE DA CRIANÇA**

Este artigo foi submetido à revista **Revista Acta Paulista**, cujas  
normas de publicação encontram-se no Anexo D.

# Artigo 1

*Estrutura e Processo dos Atributos  
da Atenção Primária à Saúde da Criança*

---

## **ESTRUTURA E PROCESSO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA<sup>1</sup>**

### **THE STRUCTURE AND ATTRIBUTES PROCESS OF CHILD PRIMARY HEALTH CARE**

### **ESTRUTURA Y PROCESO DE LOS ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD INFANTIL**

**Juliane Pagliari Araujo<sup>2</sup>**

**Cláudia Silveira Viera<sup>3</sup>**

**Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>4</sup>**

#### **Endereço para correspondência:**

Nome do autor: Juliane Pagliari Araujo

Endereço: Rua João XXIII nº600 – Jardim Dom Bosco

Cidade: Londrina –PR, Brasil

Telefone: (43) 38786100 (43) 96209625

CEP: 86060 370

E-mail: [juliane.pagliari@ifpr.edu.br](mailto:juliane.pagliari@ifpr.edu.br)

## **RESUMO**

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação “Atributos da atenção primária à saúde da criança: avaliação sob a ótica dos cuidadores”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), utilizando dados da Pesquisa Multicêntrica “Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança”, em 2013, financiada pelo CNPq, processo nº 474743/2011-0, edital universal 14/2011

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* –nível mestrado- em Biociência e Saúde. Docente no Instituto Federal do Paraná-Campus Londrina, PR. E-mail: [juliane.pagliari@ifpr.edu.br](mailto:juliane.pagliari@ifpr.edu.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – Campus Cascavel e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* –nível mestrado- em Biociência e Saúde. E-mail: [clausviera@gmail.com](mailto:clausviera@gmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – Campus Cascavel e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* –nível mestrado- em Biociência e Saúde. E-mail: [beatriz.oliveira@unioeste.com](mailto:beatriz.oliveira@unioeste.com)

Objetivou-se identificar a presença e extensão dos atributos essenciais nos serviços de atenção primária, com enfoque na avaliação da estrutura e processo de cada atributo. Estudo quantitativo, transversal, do tipo avaliativo, realizado com 548 cuidadores de crianças menores de 12 anos atendidas nas unidades de saúde do município de Cascavel-PR, nos meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Foram aplicados questionários PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Brasil versão criança, sendo os dados analisados no programa SPSS 17.0. Na avaliação da estrutura dos serviços de APS, identificou-se escore médio abaixo do considerado satisfatório nos atributos de acesso de primeiro contato (5,5) e integralidade (6,0). Com relação ao processo, a longitudinalidade (6,1) e a integralidade (6,1) também apresentaram valores abaixo do ideal. Apesar de alguns atributos apresentarem valores satisfatórios, os serviços de saúde ainda não apresentam efetividade da atenção à saúde da criança.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Saúde da Criança.

## ABSTRACT

The objective is identify the presence and extent of the essential attributes of primary care services, focusing on structure evaluation and process of each attribute . Quantitative, cross-sectional, evaluative , conducted with 548 caregivers of children younger than 12 years who were treated in public health centers of Cascavel - PR , from October 2012 and February 2013. Questionnaires were administered PCA Tool - Primary Care Assessment Instrument - Brazil child version, and the data analyzed using SPSS 17.0. In the structure evaluation of primary health care services (PHC), we identified an average score below satisfactory in access attributes of first contact (5.5) and completeness (6.0). Related to the process, the longitudinality (6.1) and completeness (6.1) also showed values below the ideal. Although some attributes present satisfactory values, health services have not shown effectiveness in the child health care.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Evaluation; Child Health.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar la presencia y extensión de los atributos esenciales en los servicios de atención primaria, con un enfoque en la evaluación de la estructura y del proceso de cada atributo. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, de evaluación, llevado a cabo con 548 cuidadores de niños menores de 12 años que fueron tratados en los centros de salud de Cascavel-PR, en los meses de octubre de 2012 y febrero de 2013. Fueron realizados los estudios PCATool - Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria - Versión infantil Brasil, y los datos fueron analizados por el programa SPSS 17.0. En la evaluación de la estructura de los servicios de APS, se identificaron una puntuación media por debajo de lo satisfactorio en los atributos de acceso de primer contacto (5,5) e integralidad (6,0). Con respecto al proceso, la extensión longitudinal (6,1) y la integralidad (6,1) también demuestran valores por debajo del ideal. Aunque algunos atributos presentan valores satisfactorios, los servicios de salud todavía no han demostrado efectividad de la atención médica para el niño.

**Palabras clave:** Atención Primaria a la Salud; Evaluación en Salud; Salud Infantil.

## INTRODUÇÃO

Na busca de mudanças no paradigma de pensar e agir sobre a saúde, desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em 1978, realizada na cidade de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ganhando destaque no escopo de investir em um novo modelo de atenção à saúde.<sup>1</sup> Neste contexto, discute-se a APS renovada, cujos objetivos são revigorar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável a fim de solucionar os problemas de saúde existentes, preparar os serviços de saúde para novos desafios e melhorar a qualidade da assistência.<sup>2</sup>

Assim, a APS pode ser entendida como o nível de atenção que proporciona a primeira entrada no sistema de saúde, disponibilizando atenção à pessoa no decorrer do tempo e assistindo aos problemas mais comuns da comunidade por meio da oferta de serviços de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.<sup>3</sup>

No entanto, o cuidado às crianças nos serviços de APS ainda se apresenta pouco resolutivo, persistindo centrado no modelo de atenção biomédico, tornando o cuidado fragmentado e com foco na atenção às doenças agudas e no atendimento às demandas espontâneas. Observa-se, nesse contexto, que apesar das inúmeras transformações nas diretrizes das políticas de saúde voltadas à população infantil, ocorridas em cada período histórico, o cenário de morbidades infantis expõe elevados índices de hospitalizações por causas evitáveis; a mortalidade infantil, apesar de já ter atingido os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, ainda reflete nos resultados de uma atenção decorrente de falta de articulação e do cuidado integral, visto que em 2011, 69,16% dos óbitos em crianças de zero a quatro anos no Brasil foram por causas evitáveis.<sup>4</sup>

Para que o serviço de saúde seja orientado para a APS, deve apresentar de forma efetiva atributos essenciais, representados pelo acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e, atributos derivados, ou seja, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.<sup>3</sup>

O acesso de primeiro contato relaciona-se ao acesso ao serviço e à sua utilização, ou seja, sua unidade estrutural *versus* sua unidade processual, independentemente do problema de saúde que afeta a população ou do número de vezes que o indivíduo procura os serviços de saúde.<sup>3;5</sup>

O atributo da longitudinalidade refere-se à existência de fonte continuada de atenção, assim como à utilização do serviço de saúde ao longo do tempo. A relação entre o usuário e o profissional de saúde deve refletir uma relação interpessoal que expresse a confiança mútua, em que com o passar dos tempos,



ambos tenham conhecimento um do outro. Na saúde da criança, a presença da longitudinalidade reflete na diminuição de nascimentos de baixo peso, diminuição de hospitalizações e tempo de hospitalizações, conseqüentemente nas condições de saúde de um ano para outro e ainda, diminuição de custos de atendimentos à criança em 25%.<sup>3</sup>

O conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema é representado pelo atributo da integralidade, o qual busca romper com a polaridade entre as práticas de saúde preventivas e as práticas meramente assistenciais.<sup>6-7</sup> Considerando e reconhecendo as dimensões biológica, psicológica, cultural e social do usuário, a integralidade deve orientar as políticas e ações de saúde sendo capaz de atender as demandas e necessidades da população adscrita,<sup>3,6</sup> neste estudo, voltado especificamente à saúde infantil.

A coordenação exige a existência de mecanismos de continuidade da atenção prestada ao usuário pela equipe de saúde, seja na unidade de saúde ou, quando o usuário é encaminhado para outro serviço preservando a integração deste cuidado com a assistência global do paciente.<sup>3</sup>

O primeiro atributo derivado é a orientação familiar, o qual está relacionado com os contextos familiares que dizem respeito à origem e ao cuidado das doenças.<sup>3,8</sup> A orientação comunitária permite o conhecimento das características de saúde na comunidade, dos recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades, ampliando o processo de cuidado dos usuários. Por fim, a competência cultural refere-se ao reconhecimento, por parte dos profissionais, das necessidades das populações com características culturais especiais, que podem não estar em evidência devido aos aspectos étnicos, raciais ou outras características culturais.<sup>3</sup>

Assim, com essas características presentes e desenvolvidas de maneira ativa e eficaz, uma APS resolutiva, visa a resolver mais de 85% dos problemas de saúde.<sup>5</sup> No Brasil, a APS está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual pode ser entendida como serviço de saúde do primeiro nível de atenção, inserido em um sistema de serviços integrados e caracterizado pela continuidade e integralidade da atenção.<sup>7</sup> Contudo, os índices de mortalidade infantil e hospitalizações por causas evitáveis no país, denotam que a APS para a criança encontra-se fragilizada. Nesse contexto, é premente a necessidade de avaliar se os serviços de saúde estão orientados à APS. Como uma das propostas de avaliação dos serviços de saúde, tem-se o referencial de

Donabedian<sup>10</sup> que propõe a análise da estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde. Embasando-se neste modelo de avaliação Starfield e colaboradores desenvolveram em 1997, um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool - PCATool*) com versões para adulto, criança e profissionais de saúde.<sup>3</sup>

Diante do contexto da atenção à saúde da criança na APS no país, emerge a necessidade de avaliar os serviços de atenção primária voltados à saúde da criança. Desse modo, a partir do modelo de avaliação de Donabedian<sup>10</sup>, e utilizando o *PCATool* tem-se como objetivo identificar a presença e extensão dos atributos essenciais nos serviços de atenção primária com enfoque na avaliação da estrutura e processo de cada atributo.

## MÉTODO

O presente estudo avaliativo, de natureza quantitativa, faz parte de projeto multicêntrico, o qual envolve a Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Universidade Estadual de Londrina e Universidade Federal da Paraíba, aprovado pelo Conselho Nacional de Pesquisa, no Edital Universal 014/2011. Os dados ora apresentados referem-se à dimensão do estudo desenvolvida no município de Cascavel-PR, em 24 unidades de APS das quais, 23 eram unidades básicas de saúde tradicionais (UBS) e 1 unidade com 2 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Estimou-se o tamanho da amostra por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por unidade, definindo-se os sujeitos da pesquisa, que foram 548 cuidadores legais de crianças menores de doze anos atendidas nas referidas unidades. Para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, os cuidadores das crianças foram selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para atendimento médico ou de enfermagem. Como critérios de inclusão no estudo os sujeitos deveriam ser usuários do serviço e terem realizado na mesma unidade, pelo menos duas consultas anteriores a do dia coleta de dados, nos últimos seis meses.

A aplicação do formulário denominado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) Brasil, versão criança,<sup>8</sup> ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2012 e fevereiro de 2013. O PCATool (versão criança) foi considerado como único instrumento que teve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e em condição de medir aspectos de estrutura e processo dos serviços de saúde.<sup>13</sup> É

composto por 55 questões apresentadas com respostas em escala tipo Likert com escore de 1 a 4 para cada elemento que compõe o atributo, sendo elas: com certeza sim (4); provavelmente sim (3); provavelmente não (2); com certeza não (1).

As questões que compõe o PCATool, agrupadas pelas dimensões de estrutura e processo, compreendem: a) estrutura: longitudinalidade - grau de afiliação com serviço de saúde ; acesso de primeiro contato – acessibilidade; coordenação – sistema de informações; integralidade – serviços disponíveis; b) processo: acesso de primeiro contato – utilização; longitudinalidade ; coordenação – integração de cuidados ; integralidade – serviços prestados . Como o objetivo deste estudo é avaliar estrutura e processo, os atributos derivados, que não são constituídos nesses moldes, não serão discutidos.

Os formulários foram digitados em um banco de dados criado no programa Excel 2010, com dupla entrada e conferência dos dados para maior confiabilidade, posteriormente enviados para o software SPSS 17.0, sendo calculado a média, erro padrão, mínima e máxima. Para o escore do componente grau de afiliação utilizou-se o seguinte algoritmo.<sup>8</sup>

- 1) Todas as respostas NÃO:  $A1=A2=A3=0$ , grau de afiliação = 1;
- 2) Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes:  $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$ , grau de afiliação = 2;
- 3) Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:  $A1=A2$  ou  $A1=A3$  ou  $A2=A3$ , grau de afiliação = 3;
- 4) Todas as respostas SIM e relativas ao mesmo serviço:  $A1=A2=A3=1$ , grau de afiliação=4.

Para obter o escore essencial da APS, foi calculada a média dos itens de cada elemento que compõe o atributo, bem como a média geral destes atributos, cujo valor obtido foi transformado em uma escala de 0-10 (escore obtido-1)X10/3.<sup>8</sup> O escore geral da APS é obtido pela média dos escores de todos os atributos da APS dividido pelo número de atributos  $((A+B+C+D+E+F+G+H+I+J)/10)$ . Para comparação da presença e extensão dos atributos utilizou-se que os valores de escores  $\geq 6,6$  foram definidos como elevados e valores  $< 6,6$  foram considerados baixos/insatisfatórios.<sup>3;14-15</sup>

O estudo obedeceu aos preceitos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos<sup>16</sup> e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Parecer 19391/2012).

## RESULTADOS

Na tabela 1 a seguir apresentam-se os dados referentes à caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa em relação ao principal cuidador da criança, sua escolaridade, renda familiar, número de filhos, características da residência e saneamento básico.

**TABELA 1** — Caracterização das famílias das crianças menores de doze anos de idade atendidas nos serviços de atenção primária à saúde. Cascavel-PR, 2013.

| Variável                             | Descrição                      | FA (n)     | FR (%)        |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------|
| Principal cuidador da criança        | Mãe                            | 440        | 80,29         |
|                                      | Pai                            | 13         | 2,37          |
|                                      | Avós                           | 54         | 9,85          |
|                                      | Outros                         | 41         | 7,46          |
| <b>TOTAL</b>                         |                                | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Anos de estudo do principal cuidador | 0 a 4 anos                     | 51         | 9,31          |
|                                      | 5 a 9 anos                     | 205        | 37,41         |
|                                      | 10 a 14 anos                   | 252        | 45,99         |
|                                      | 15 anos ou mais                | 14         | 2,55          |
|                                      | Não soube informar             | 26         | 4,74          |
| <b>TOTAL</b>                         |                                | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Número de filhos na família          | Um                             | 228        | 41,61         |
|                                      | Dois                           | 189        | 34,49         |
|                                      | Três                           | 82         | 14,96         |
|                                      | Quatro ou mais                 | 58         | 8,75          |
|                                      | Não informado/não sabe         | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                         |                                | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Renda familiar                       | Menos que um salário mínimo    | 14         | 2,55          |
|                                      | Um salário mínimo              | 118        | 21,53         |
|                                      | Dois salários mínimos          | 202        | 36,86         |
|                                      | Três salários mínimos          | 129        | 23,54         |
|                                      | Mais que três salários mínimos | 79         | 14,41         |
|                                      | Sem renda                      | 1          | 0,18          |
|                                      | Não soube informar             | 5          | 0,90          |
| <b>TOTAL</b>                         |                                | <b>548</b> | <b>100,00</b> |
| Procedência da residência            | Própria                        | 297        | 54,20         |
|                                      | Alugada                        | 182        | 33,21         |
|                                      | Cedida                         | 68         | 12,41         |
|                                      | Invasão não legalizada         | 1          | 0,18          |
| <b>TOTAL</b>                         |                                | <b>548</b> | <b>100,00</b> |

A distribuição de dados sociodemográficos das famílias das crianças estudadas (Tabela 1), revelou que o principal cuidador da criança, em 440 (80,29%) das famílias era a mãe, sendo que 252 (45,99%) possuíam de 10 a 14 anos de estudo. Das crianças, 228 (41,61%) eram filhos únicos. Com relação às condições de moradia, 297 (54,20%) das famílias possuem casa própria. O destino de esgoto para 310 (56,57%) famílias era o tratamento pela rede oficial, bem como, o abastecimento de água prevalente foi da rede oficial em que 526 (95,99%) famílias eram abastecidas por este meio.

Na Tabela 2, constam os itens relacionados à estrutura e processo dos atributos essenciais da APS e a apresentação dos escores essencial e geral da APS.

**TABELA 2** — Atributos essenciais e derivados dos serviços de APS no município de Cascavel –PR, 2013.

| ATRIBUTOS ESSENCIAIS                        | SERVIÇOS DE APS (n= 548) |              |             |           |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------|-------------|-----------|
|                                             | EM*                      | EP           | MÍNIMO      | MÁXIMO    |
| <b>ESTRUTURA</b>                            |                          |              |             |           |
| Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade | 5,5                      | 0,131        | 0           | 10        |
| Grau de afiliação                           | 6,9                      | 0,128        | 0           | 10        |
| Integralidade - Serviços Disponíveis        | 6,0                      | 0,112        | 0           | 10        |
| Coordenação - Sistema de informação         | 7,4                      | 0,090        | 0           | 10        |
| <b>PROCESSO</b>                             |                          |              |             |           |
| Acesso de Primeiro Contato – Utilização     | 8,6                      | 0,135        | 1,1         | 10        |
| Longitudinalidade                           | 6,1                      | 0,125        | 3,3         | 10        |
| Integralidade - Serviços Prestados          | 6,1                      | 0,302        | 0           | 10        |
| Coordenação - Integração dos Cuidados       | 6,9                      | 0,275        | 0           | 10        |
| <b>ESCORE ESSENCIAL DA APS</b>              | <b>6,6</b>               | <b>0,524</b> | <b>2,12</b> | <b>10</b> |
| <b>ATRIBUTOS DERIVADOS</b>                  |                          |              |             |           |
| Orientação familiar                         | 4,4                      | 3,168        | 0           | 10        |
| Orientação comunitária                      | 5,1                      | 3,301        | 0           | 10        |
| <b>ESCORE GERAL DA APS</b>                  | <b>6,3</b>               | <b>0,581</b> | <b>2,48</b> | <b>10</b> |

\*Escore Médio, valores transformados (0-10)

Pode-se constatar que o escore essencial (6,6) da APS apresenta valor satisfatório na avaliação dos cuidadores, encontrando-se exatamente no valor mínimo satisfatório que é representado pelo ponto de corte para avaliação positiva da APS. O escore geral da APS, no entanto, apresentou valor 6,3 demonstrando que os serviços de saúde avaliados não apresentam os atributos em sua total extensão.

Em relação à estrutura, o acesso de primeiro contato foi o atributo com escore médio mais baixo (5,5) e a coordenação, obteve o escore mais elevado (7,4). Relativo ao processo dos serviços de APS os atributos com valores de escore mais baixos foram a longitudinalidade e a integralidade (6,1), o acesso de primeiro contato obteve escore médio 8,6, apontando satisfação dos usuários em relação a esse atributo.

## DISCUSSÃO

Com base nos estudos de Avedis Donabedian<sup>10</sup> que propõe a avaliação dos serviços de saúde na tríade estrutura, processo e resultado, busca-se a avaliação dos atributos essenciais da APS. Essa tríade tem características igualmente importantes, sendo complementares, e devem ser utilizados em conjunto para avaliar as ações em saúde.<sup>17</sup>

Donabedian<sup>10</sup> conceitua estrutura do cuidado como sendo o lugar em que o cuidado ocorre, ou seja, os recursos necessários para o processo assistencial, abrangendo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional do serviço. O processo corresponde às atividades da equipe de saúde na assistência ao usuário, sendo medido de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões, incluindo componentes técnicos e as relações interpessoais.<sup>18-19</sup> O resultado pode ser definido como as alterações nos resultados de cuidado de saúde, incluindo o grau de satisfação, estado de saúde, inclusão e conhecimento do usuário sobre sua saúde, entre outros.<sup>10;17</sup>

O atributo acesso de primeiro contato é constituído por estrutura – acessibilidade e processo – utilização. Os questionamentos alusivos à acessibilidade estão relacionados com o atendimento da criança no mesmo dia do adoecimento, tempo de espera para consulta, facilidade de agendamentos e aconselhamentos via telefone.<sup>8</sup> Na avaliação da acessibilidade, o escore médio 5,5 demonstra fragilidade na estrutura dos serviços para esse atributo, a qual pode advir da falta de recursos humanos ou falta de qualificação destes, falta de equipamentos, dificuldades em agendamento de consultas, tempo de espera superior a 30 minutos, área física inadequada ao atendimento gerando barreiras à acessibilidade. Estudo realizado com crianças menores de um ano no interior de São Paulo, nos serviços de ESF, utilizando o mesmo instrumento, apontou valores satisfatórios para a acessibilidade em que as consultas são agendadas previamente e a espera não é superior a 30 minutos,<sup>20</sup> diferindo desse estudo. No entanto, outros estudos<sup>21-22</sup> indicam que existem barreiras de acesso das crianças nos serviços de atenção primária à saúde que tem como foco as unidades básicas de saúde tradicionais.

O elemento utilização é referendado no instrumento pela procura do serviço de saúde quando a criança adoece ou por consultas de revisão como primeira opção da família, bem como, se os encaminhamentos para especialistas são realizados pelo serviço de APS.<sup>8</sup> O escore médio encontrado foi de 8,6, mostrando uma inter-relação efetiva entre prestador e receptor do cuidado, levando à satisfação do usuário diante a dinâmica do cuidado em saúde (processo). Resultados positivos com relação ao processo também foram encontrados em

outros estudos.<sup>20;22</sup> Destaca-se que a estrutura tem efeito sobre o processo do cuidado, e portanto, se complementam e como neste estudo, um deles apresenta fragilidade, pode comprometer todo o resultado do atributo acesso de primeiro contato. Consequentemente a fragilidade do acesso nos serviços de saúde pode comprometer a extensão de todos os demais atributos.

Garantir acesso universal das crianças em serviços de saúde de qualidade pode refletir na resolutividade da assistência, contribuindo para a atenção a problemas de saúde agudos e crônicos,<sup>5</sup> articulando promoção da saúde e prevenção de doenças. Uma importante ferramenta para fomentar o acesso à criança e sua família nos serviços de APS é o acolhimento, o qual facilita o processo de cuidado e, quando articulado com outras ferramentas, pode contribuir para a extensão dos demais atributos da APS.

A avaliação da estrutura da longitudinalidade foi proposta pelo grau de afiliação dos serviços de saúde estudados. Para essa análise foram considerados se existe um serviço de saúde onde os cuidadores geralmente levam as crianças quando essas estão doentes, se alguém nesse serviço conhece melhor a criança e qual serviço ou profissional de saúde mais responsável pelo atendimento de saúde da criança.<sup>8</sup> Nos serviços de APS avaliados, caracterizados pela UBS tradicional, o grau de afiliação obteve escore médio 6,9, considerado acima do ponto de corte (6,6). A estrutura do cuidado nesse quesito da longitudinalidade foi bem avaliada nos serviços em estudo, vindo ao encontro de outros estudos realizados com ESF.<sup>20;22</sup>

Observa-se que neste elemento do atributo longitudinalidade não houve diferenças em relação ao modelo de atenção, mas esse resultado pode ser explicado devido característica de oferta dos serviços de atenção à saúde no local de estudo, em que predominam unidades tradicionais. Estudo<sup>21</sup> indica que a procura pelo serviço de saúde ocorre mesmo que as mães estejam insatisfeitas com o atendimento, desconfiem da competência do profissional e convivam com uma relação sem vínculo, por não terem outra opção de cuidado.

Para que a longitudinalidade seja efetiva e os serviços de saúde sejam orientados para a APS, o vínculo ou grau de afiliação deve ocorrer entre a família da criança e o serviço de saúde. No entanto, apesar deste estudo apresentar bons resultados para a estrutura da longitudinalidade, ainda, muitas vezes, o vínculo é estabelecido com um único profissional de saúde (enfermeiros e médicos). Essa prática torna a assistência pouco resolutiva e as ações

fragmentadas, refletindo na avaliação do processo desse atributo, no qual o resultado não foi satisfatório, com escore médio 6,1. Essa recente tendência em inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada, centralizada para uma abordagem coletiva, preventiva e promocional, integrando o indivíduo, a comunidade e a equipe de saúde, dialogam com o proposto para a APS fortalecida.

A avaliação do processo da longitudinalidade refere-se ao acompanhamento da criança pelo mesmo profissional de saúde, ao longo de um período de tempo, o conhecimento dos profissionais sobre a história clínica da criança, as aptidões de comunicação entre o profissional de saúde e a mãe e o conhecimento do profissional de saúde sobre a família da criança.<sup>8</sup> Os elementos com avaliação dos cuidadores que apresentaram médias insatisfatórias foram referentes ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre os problemas de saúde mais importantes para a família da criança e sobre as atividades laborais que os familiares desenvolvem; ao conhecimento dos profissionais em saber se a família teria dificuldades em obter ou pagar os medicamentos. É notório que a longitudinalidade não é efetiva, uma vez que os profissionais de saúde não estendem o cuidado para a família, fragilizando a orientação familiar.

Conhecer a história de saúde das crianças, criar vínculo com a família e, assim, fortalecer a longitudinalidade e obter resolutividade também aumentaria a satisfação do usuário com o serviço de saúde e dos profissionais com o trabalho realizado. A extensão da longitudinalidade nos serviços de APS é um fator essencial, pois outros atributos característicos da APS, como acesso, orientação familiar e comunitária também ganham força, visto que a família já tem um vínculo com o serviço, bem como, o acesso é uma condição para que a longitudinalidade ocorra. A presença do vínculo com o serviço de saúde traz como vantagem adicional a maior possibilidade de que o atributo da integralidade seja atendido.<sup>24</sup>

O diálogo entre profissionais e cuidadores é favorecido quando existe confiança na relação.<sup>25</sup> A comunicação eficiente entre os profissionais e os usuários implica em procura regular do serviço, favorecendo a longitudinalidade.

O modelo de assistência à saúde está diretamente relacionado com a extensão da longitudinalidade, e a presença dos princípios da ESF, ou seja, esse modelo assistencial quando adequadamente trabalhado favorece a presença da longitudinalidade, tendo maior resolutividade dos problemas de nível primário, reduzindo custos e melhorando a qualidade



do cuidado.<sup>26</sup> No entanto, a efetividade da APS ocorre quando todos os atributos estão presentes e são resolutivos.

Outro atributo apresentado na tabela 2 foi a integralidade, dividida entre serviços disponíveis (estrutura) e serviços prestados (processo). A oferta de serviços relacionada à integralidade deve ser desenvolvida mediante as necessidades de saúde da população, disponibilizadas a todo o momento, independente das dificuldades dos serviços.<sup>3</sup>

Em relação à avaliação da estrutura da integralidade, as perguntas estão relacionadas ao conjunto de serviços disponíveis nos serviços de APS, entre eles, serviços de imunização, aconselhamento e tratamento de problemas visuais, aconselhamento para planejamento familiar, programas de suplementação alimentar, suturas, uso prejudicial das drogas e problemas de saúde mental, e aconselhamento e teste para HIV.<sup>8</sup>

O escore médio (6,0) da estrutura da integralidade obteve valor considerado insatisfatório para a extensão desse atributo na APS, resultados semelhantes a outros estudos.<sup>20;22</sup> Essa realidade encontrada demonstra a necessidade dos serviços de APS ampliarem a rede de serviços ofertados, atendendo às necessidades básicas de saúde da população infantil e suas famílias, assim como, no que diz respeito à oferta de cuidados, tais como, orientações e manejo das condições comuns, mas com impacto considerável à saúde das famílias e comunidade, como alcoolismo e uso de drogas, entre outros. As ausências estruturais podem implicar na baixa qualidade da assistência, no entanto, estrutura adequada não implica necessariamente alta qualidade, aponta apenas um potencial para sua existência.

Na avaliação do processo estão relacionadas questões referentes às orientações de como manter a criança saudável, crescimento e desenvolvimento, e segurança da criança.<sup>8</sup> O escore médio 6,1 aponta que o processo da integralidade foi considerado insatisfatório na avaliação dos cuidadores. O atendimento da criança na APS deve permear metodologias que integrem o cuidado integral com foco ampliado na promoção da saúde e prevenção das doenças. A educação permanente em saúde para os profissionais é uma importante ferramenta para fomentar a prática de trabalho e valoriza as condições sociais, emocionais e espirituais dos sujeitos, abordando condições além do biológico.<sup>27</sup> A estrutura e o processo do atributo integralidade não atingiram o ponto de corte (6,6) para que esse atributo fosse considerado satisfatório, fragilizando a efetividade da APS na realidade estudada.

O atributo coordenação da atenção envolve o sistema de informação (estrutura) e a integração de cuidados (processo) e nessa avaliação, encontraram-se satisfatórios sob a

ótica dos cuidadores, constituindo-se no atributo melhor avaliado neste estudo. O componente sistema de informação é composto por três questões que norteiam as informações sobre os prontuários e demais registros das crianças como carteira de vacinação e conhecimento e leitura dos prontuários por parte dos pais. O escore médio 7,4 aponta satisfação dos usuários frente à estrutura da coordenação. Para que a coordenação seja efetiva, a APS deve apresentar três funções essenciais, a saber, organização dos fluxos e contra fluxos dos usuários pelas diversas áreas de atenção; responsabilização pela saúde e o acompanhamento dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam, e resolução da maioria dos problemas da população dentro do sistema de saúde.<sup>8</sup>

O atributo coordenação – integração dos cuidados compreende encaminhamentos das crianças para consultas com especialistas ou serviços especializados para realização de exames, bem como o envolvimento do serviço de APS com esses encaminhamentos e comunicação entre os serviços. O escore médio 6,9 foi considerado satisfatório pelos usuários. A comunicação efetiva entre os serviços de APS e os serviços especializados é uma das necessidades para que a coordenação da atenção seja efetiva e deve ser entendida como uma metodologia para ampliar as estratégias e integrar elementos nas estruturas organizacionais.<sup>28</sup> Assim, a coordenação está diretamente relacionada com a longitudinalidade e a resolutividade do cuidado.

No município estudado, apesar dos resultados satisfatórios dos cuidadores, a coordenação da APS ainda precisa ser fortalecida, sendo considerados como desafios a melhora da qualidade da informação nos prontuários de saúde, a implantação de prontuários eletrônicos em todos os serviços de saúde; a constituição de redes de atenção, otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede, assegurando os mecanismos de comunicação, o que qualificaria o cuidado (a referência e a contra referência) e a informatização dos sistemas de informações.<sup>9</sup>

O escore essencial da APS apresentou escore médio 6,6, considerado satisfatório pelos usuários, no entanto, no limite do ponto de corte, sendo necessário, alterar o modelo de atenção vigente e ampliar as equipes de saúde da família, assim como, estruturar essas equipes e discutir no seu interior os conceitos de saúde e doença como determinantes sociais.

A avaliação e comparação da estrutura e processo dos serviços de APS, no contexto das necessidades da população infantil, amplia a percepção de que a organização

dos serviços de saúde, assim como o processo do cuidado devem ser alterados para que os resultados da APS sejam efetivos e apresentem resolutividade.

O escore geral da APS (Tabela 2) com valor 6,3 aponta que os serviços de saúde no município estudado não apresentam os atributos essenciais e derivados em sua totalidade e, conseqüentemente, não estão orientados para a APS, refletindo no cuidado prestado às crianças. Todavia, para alcançar toda a extensão do cuidado à criança faz-se necessário propiciar transformações no modo de produção do cuidado. Essas transformações são possíveis partindo do pressuposto de alteração do modelo de atenção, voltado para além do cuidado biológico, envolvendo o cuidado familiar, a participação da comunidade nas ações de promoção e prevenção. O comprometimento da equipe interdisciplinar e gestores da saúde é imprescindível para que ocorra a implantação de políticas já existentes como a consolidação e ampliação da ESF, bem como, fomentar as propostas das redes de atenção à saúde.

## CONCLUSÃO

Ao avaliar a estrutura do cuidado nos serviços de APS, identificou-se escore médio abaixo do considerado satisfatório nos atributos de acesso de primeiro contato e integralidade. No entanto, o grau de afiliação, obteve escore satisfatório, porém, muito próximo do ponto de corte. A ausência de aspectos ligados à estrutura pode implicar em uma baixa resolutividade no processo do cuidado na APS, no entanto, bons escores relacionados à estrutura, não indicam que o processo seja efetivo, o que reflete nos resultados do cuidado. Com relação ao processo, a longitudinalidade e a integralidade apresentaram valores abaixo do ideal, sendo que a coordenação, apesar de apresentar escore satisfatório, obteve valor limite com o ponto de corte. O atributo da integralidade foi o único que obteve valores baixos na avaliação da estrutura e do processo do cuidado, sendo necessário, ampliar a rede de serviços ofertados à população. A coordenação da atenção obteve valores considerados satisfatórios na avaliação da estrutura e do processo, no entanto, a implantação de serviços como prontuários eletrônicos ainda é uma das necessidades das unidades de saúde, para o acompanhamento da criança em toda a rede de atenção.

A presença e integração da estrutura e processo dos atributos essenciais são fundamentais para a efetividade dos serviços de saúde e sua orientação para a APS. Os serviços de APS para serem efetivos e resolutivos devem ser entendidos pelos profissionais

de saúde e esses, por sua vez, precisam inserir em sua prática os modelos de inovação e reestruturação já elaborados pelo Ministério da Saúde como as redes de atenção, resgatando o conceito ampliado do processo saúde-doença e do trabalho com foco na prevenção e promoção da saúde, inseridos em equipes interdisciplinares.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever. HWO, 2008.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, (DC):OPAS, 2007.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília(DF):UNESCO, MS 2002.
4. Datasus. Informações de saúde. Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação. [acesso em 2013 jun 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nipr.def>.
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): OPAS; 2012.
6. Fracolli LA, Zoboli ALP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. Revista Escola de Enfermagem USP. 2011;45(5):1135-41.
7. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde e Sociedade. 2011. 20(4):948-60.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
9. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011.[ acesso em 2013 abr. 10]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.
10. Donabedian, A. The seven pillar of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 1990 Nov. 114(11):1115-18.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [acesso em 2013 abr. 20]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/>.
12. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social. [acesso em 2013 ago.08]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85800&btOk=ok>
13. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag. Care*. 2009 [acesso em 2013 nov.05]; Jun. 18(6):44-8. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Malouin%202009.pdf>
14. HAGGERTY, JL et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*. 2008 Mar-Abr 6( 2):116-123.
15. MULDOON, L. et al. Community orientation in primary care practices: results from the comparison of models of primary health care in Ontario study. *Canadian Family Physician*. 2010 July-Juillet;56:676-683.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1012.
17. Qu H, Shewchuk MR, Chen Y, Richards JS. Evaluating the Quality of Acute Rehabilitation Care for Patients With Spinal Cord Injury: An Extended Donabedian Model. *Quality management in health care*. 2010 Jan.–Mar.;9(1):47-61.
18. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005. 83(4):691-29.
19. Hoening H, Lee J, Stineman M. Conceptual Overview of Frameworks for Measuring Quality in Rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*. 2010. 17(4):239–51.
20. Furtado MC, Braz JC, Pina JC, Mello D F, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013. [acesso em 2013 nov. 02]. Mar.-Abr.; 21(2):[08 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000200554](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200554).
21. Leão, CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Revista Brasileira em Saúde Materno Infantil*. 2011 Jul -Set. 11(3): 323-34.
22. 20. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011 Mar. 32(1):48-55.

23. Silva, RRM. A integralidade à saúde da criança com enfoque à atenção primária e seu itinerário de cuidado e cura [dissertação] Cascavel (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde; 2013.
24. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):1029-42.
25. Baratieri T, Mandú ENT, Marcon SS. Nurses understanding about the bonding and longitudinality in family health care strategy. *Ciencia y Enfermeria*. 2012, 18(2):11-22.
26. Baratieri T, Marcon SS. Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011 Abr-Jun; 19(2):212-17.
27. Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1):157-65.
28. Yuri N E, Tronchin RMD. Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):331-8.

---

\*As tabelas foram formatadas seguindo o padrão da dissertação, sendo que, quando o artigo for enviado para a revista, a formatação seguirá as orientações da Revista Texto & Contexto.

## Artigo 2

*Avaliação dos Atributos de Orientação  
Familiar e comunitária na Saúde da Criança*

---

## **Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança<sup>\*\*</sup>**

### **Evaluation of the attributes of family and community orientation in children health**

**Juliane Pagliari Araujo<sup>††</sup>, Cláudia Silveira Viera<sup>††</sup>, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>§§</sup>**

#### **Endereço para correspondência:**

Nome do autor: Juliane Pagliari Araujo  
Endereço: Rua João XXIII nº600 – Jardim Dom Bosco  
Cidade: Londrina –PR, Brasil  
Telefone: (43) 38786100 (43) 96209625  
CEP: 86060 370  
E-mail: [juliane.pagliari@ifpr.edu.br](mailto:juliane.pagliari@ifpr.edu.br)

---

<sup>\*\*</sup> Artigo extraído da dissertação “Atributos da atenção primária à saúde da criança: avaliação sob a ótica dos cuidadores”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), utilizando dados da Pesquisa Multicêntrica “Avaliação da efetividade da atenção primária em saúde da criança”, em 2013, financiada pelo CNPq, processo nº 474743/2011-0, edital universal 14/2011

<sup>††</sup> Enfermeira.. Mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* –nível mestrado- em Biociência e Saúde. Docente no Instituto Federal do Paraná-Campus Londrina, PR. E-mail: [juliane.pagliari@ifpr.edu.br](mailto:juliane.pagliari@ifpr.edu.br)

<sup>††</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – Campus Cascavel e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* –nível mestrado- em Biociência e Saúde. E-mail: [clausviera@gmail.com](mailto:clausviera@gmail.com)

<sup>§§</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – Campus Cascavel e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* –nível mestrado- em Biociência e Saúde. E-mail: [beatriz.oliveira@unioeste.com](mailto:beatriz.oliveira@unioeste.com)



## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a extensão dos atributos da orientação familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de atenção primária.

**Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, do tipo avaliativo. Foram aplicados 548 questionários PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Brasil versão criança aos familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 12 anos atendidas nas unidades de saúde do município de Cascavel-PR, sendo os dados analisados no programa SPSS 17.0.

**Resultados:** Os serviços básicos de saúde pública do município de Cascavel-PR possuem um percentual abaixo do considerado ideal para a atenção primária à saúde nos atributos de orientação familiar e orientação comunitária. O escore desses atributos foram 4,4 e 5,1, respectivamente, sendo considerados satisfatórios valores de escore  $\geq 6,6$ .

**Conclusão:** Percebe-se a dificuldade dos serviços em integrarem a família e a comunidade no cuidado, fortalecendo a cultura de assistência curativa e centrada no indivíduo.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Saúde da Família. Avaliação em Saúde; Enfermagem Pediátrica.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the extent of the attributes of family counseling and community orientation in health care for children in primary care.

**Methods:** A quantitative, cross-sectional study, the evaluative. 548 questionnaires were applied PCATool Assessment Tool Primary Care - Brazil version child to family members and/or caregivers of children under 12 years of age treated in health facilities in the city of Cascavel - PR, and the data analyzed using the SPSS 17.0 software.

**Results:** The basic public health services of the city of Cascavel - PR have a percentage below the considered ideal for primary health care in the attributes of family-oriented and community-oriented. The scores of these attributes were 4.4 and 5.1, respectively, were considered satisfactory score values  $\geq 6.6$ .

**Conclusion:** We can see the difficulty of integrating services in family and community care, strengthening the culture of curative care and focused on the individual.

**Keywords:** Primary Health Care; Children's Health; Family Health; Health Evaluation; Pediatric Nursing.

## INTRODUÇÃO

A construção e reorganização das políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo perfazem longa caminhada, partindo de reflexões no campo da saúde que denotavam lacunas no modo de atenção vigente. A fim de reorganizar o sistema de saúde a partir da tentativa de fortalecer a prática clínico-assistencial, emerge investimentos e mudanças na Atenção Primária em Saúde (APS).

No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem a APS centrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo entendida como o serviço do primeiro nível de atenção, caracterizado pela continuidade e integralidade do cuidado.<sup>(1)</sup> Para que esse ponto de atenção à saúde se constitua na porta preferencial de entrada no sistema de saúde, é preciso que alguns elementos estejam presentes: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e os derivados: atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural<sup>(2)</sup>. Neste estudo, enfocam-se os atributos de orientação familiar e comunitária.

A orientação familiar implica em considerar a família como o sujeito da atenção. A centralidade do cuidado está voltada ao conhecimento da equipe interdisciplinar e dos membros da família sobre seus problemas de saúde.<sup>(2,3)</sup>

A orientação comunitária pressupõe o conhecimento das características de saúde na comunidade, dos recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades, pois estes fornecem uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.<sup>(2)</sup> A competência cultural refere-se ao reconhecimento, por parte dos profissionais, das necessidades das populações com características culturais especiais, que podem não estar em evidência devido aos aspectos étnicos, raciais ou outras características culturais.<sup>(2)</sup>

Na atenção à saúde da criança, os atributos de orientação familiar e comunitária devem estar presentes, pois fortalecem o vínculo com o serviço de saúde, refletindo na extensão dos demais atributos, tornando a atenção mais efetiva. Não dar enfoque na APS no cuidado à saúde da criança pode contribuir para o cuidado fragmentado e aumento de morbimortalidade infantil. Desse modo, identificar em que extensão ocorre a inserção da família e da comunidade no

processo de cuidar na APS à criança é fundamental para avaliar o serviço de saúde, sendo também objetivo deste estudo.

A avaliação dos serviços de saúde no Brasil vem ganhando espaço nos movimentos científicos e institucionais, indicando a necessidade de inseri-la no planejamento e implantação de programas e ações na saúde. Para tanto, diversas pesquisas avaliativas têm sido realizadas a fim de verificar a extensão dos atributos essenciais e derivados para a efetividade da APS.<sup>(4-6)</sup>

## MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e avaliativo dos modelos de atenção em saúde dos serviços de ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais no cuidado à saúde da criança em um município no interior do Paraná, por meio da abordagem quantitativa. Este estudo faz parte de um projeto multicêntrico, envolvendo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Universidade Estadual de Londrina e Universidade Federal da Paraíba, aprovado pelo Conselho Nacional de Pesquisa, Edital Universal 014/2011. Constitui-se então, em recorte da referida pesquisa, desenvolvido no referido município, nas 24 unidades de saúde (23 UBS e 01 unidade com 02 equipes de saúde da Família) localizadas na área urbana do município.

Estimou-se o tamanho da amostra por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por unidade, a qual se constituiu de 548 cuidadores de crianças menores de doze anos atendidas nas referidas unidades. Desse total, 17 eram adscritos a USF e 531 representativos de UBS. Para aplicar os questionários, os cuidadores foram selecionados por amostragem sistemática na fila de espera nas unidades, devendo contemplar os critérios de inclusão: ser usuários do serviço e ter realizado pelo menos duas consultas na referida unidade, nos seis meses anteriores à coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2012 e fevereiro de 2013, por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) Brasil, versão criança<sup>(7)</sup>, o qual apresenta questões relacionadas a todos os atributos essenciais e derivados, sendo que, o atributo de orientação familiar está estruturado em três questões

alistadas a opinião dos familiares acerca do tratamento da criança; o histórico de doenças da família e o encontro do profissional com a família da criança. Relativo ao atributo orientação comunitária, as quatro questões norteadoras referiam-se à realização de visitas domiciliares pela equipe de saúde, ao conhecimento, por parte dos profissionais, sobre os problemas de saúde da comunidade e à participação da família nos Conselhos Locais de Saúde.<sup>(7)</sup>

As respostas no instrumento foram dadas por escala tipo *Likert* com as opções: com certeza, sim (4); provavelmente, sim (3); provavelmente, não (2); com certeza, não (1). Para obter o escore de cada atributo, foi calculada a média de cada elemento que o compõe, gerando, assim, a média do atributo. A média de cada atributo foi transformada em uma escala de 0-10 conforme segue: (escore obtido-1)X10/3.<sup>(7)</sup> Esse escore transformado tem como ponto de corte valores  $\geq 6,6$  como considerados elevados para a extensão do atributo na APS. Salienta-se que esse escore equivale ao valor três ou mais na escala *Likert*, sendo que, valores  $< 6,6$  são considerados baixos.<sup>(8-9)</sup>

Os questionários foram digitados em um banco de dados criado no programa Excel 2010 com dupla entrada e transferidos para o software SPSS 17.0 para análise. Os dados foram apresentados por meio da média, erro padrão, mínima e máxima de cada item dos atributos derivados. Os resultados descritivos foram apresentados com distribuição absoluta e relativa.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Dos 548 questionários aplicados, obteve-se que para 440 (80,29%), o principal cuidador da criança era a mãe e 272 (49,64%) dos pais eram casados. Das crianças participantes do estudo, 228 (41,61%) são filhos únicos e 434 (60,94%) famílias possuíam renda de até dois salários mínimos. Com relação ao tratamento de água e esgoto, 526 (95,99%) e 310 (56,57%) tinham tratamento pela rede oficial, respectivamente.

Ao fazerem referência à fonte regular de atenção nos serviços de APS, 6,4% dos entrevistados citaram o enfermeiro e 41,1% o médico, ambos com vínculo empregatício com os serviços de saúde (Tabela 1).

**TABELA 1** — Profissional ou serviço de saúde referenciado pelo cuidador quanto ao grau de afiliação. Cascavel-PR, 2013.

| PROFISSIONAL/SERVIÇO | N          | %            |
|----------------------|------------|--------------|
| Enfermeiro           | 35         | 6,4          |
| Médico               | 225        | 41,1         |
| Serviço de APS       | 288        | 52,5         |
| <b>TOTAL</b>         | <b>548</b> | <b>100,0</b> |

A tabela 2 apresenta os resultados referentes a cada elemento que compõe o atributo de orientação familiar nos serviços de APS.

**TABELA 2** — Atributo de Orientação Familiar. Cascavel-PR, 2013.

| INDICADOR                                                                                | SERVIÇOS DE APS<br>(n=548) |              |          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|----------|-----------|
|                                                                                          | $\bar{X}$                  | EP           | Min.     | Máx.      |
| O profissional de saúde questiona sua opinião sobre o tratamento e cuidado com a criança | 2,2                        | 0,677        | 1        | 4         |
| O profissional de saúde já questionou sobre as doenças que existem na família da criança | 2,4                        | 0,720        | 1        | 4         |
| O profissional de saúde se reuniria com os familiares da criança                         | 2,3                        | 0,563        | 1        | 4         |
| <b>TOTAL</b>                                                                             | <b>2,3</b>                 | <b>0,471</b> | <b>1</b> | <b>4</b>  |
| <b>ESCORE MÉDIO</b>                                                                      | <b>4,4*</b>                | <b>3,168</b> | <b>0</b> | <b>10</b> |

\* Média transformada (0-10)

Destacam-se na tabela 03, os resultados de cada componente do atributo orientação comunitária.

**TABELA 3** — Atributo de Orientação Comunitária. Cascavel-PR, 2013.

| INDICADOR                                                                      | SERVIÇOS DE APS<br>(n=548) |       |      |      |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|------|------|
|                                                                                | $\bar{X}$                  | EP    | Min. | Máx. |
| Alguém do serviço faz visitas domiciliares                                     | 2,9                        | 0,666 | 1    | 4    |
| O serviço conhece os problemas de saúde da vizinhança                          | 2,5                        | 0,623 | 1    | 4    |
| O serviço faz pesquisas na comunidade para identificação de problemas          | 2,4                        | 0,606 | 1    | 4    |
| O serviço convida os membros da família para participar dos Conselhos de Saúde | 2,2                        | 0,631 | 1    | 4    |
| <b>TOTAL</b>                                                                   | 2,5                        | 0,487 | 1    | 4    |
| <b>ESCORE MÉDIO</b>                                                            | 5,1*                       | 0,162 | 0    | 10   |

\* Média transformada (0-10)

O escore médio da orientação familiar e orientação comunitária nos serviços de saúde investigados foram, respectivamente, 4,4 e 5,1, abaixo do considerado satisfatório (6,6).

## DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de saúde utilizando um instrumento validado permitiu identificar a extensão dos atributos orientação familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de APS.

Um serviço de saúde orientado para a APS com a presença de características como orientação familiar e comunitária favorece o planejamento e execução de ações, permitindo que o cuidado de enfermagem seja mais efetivo, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde da população infantil. No entanto, com relação ao vínculo nos serviços estudados, os cuidadores fizeram maior referência ao profissional médico (41,1%) quando comparado ao profissional enfermeiro (6,4%) (Tabela 1). Assim, observa-se a necessidade de ampliar a atuação da prática clínica dos enfermeiros nos serviços de APS, bem como a institucionalização da clínica ampliada, uma vez que nenhum saber isolado tem como dar conta da dimensão complexa dos problemas de saúde da população. A

clínica ampliada visa romper as barreiras com a clínica tradicional, modificando o processo de trabalho partindo para o cuidado centrado nos sujeitos e no âmbito coletivo,<sup>(10)</sup> modificando o modo de cuidar hegemônico, médico centrado e pautado nas ações pragmáticas.

Neste estudo, o modelo de atenção predominante no município pesquisado é de unidades tradicionais de saúde (91,66%), sendo que até o período da coleta de dados existiam apenas duas equipes de ESF ativas no município e ambas localizadas na mesma estrutura física. Entende-se que o processo de transformação do modelo assistencial deve ser realizado por meio da implantação de novas equipes de ESF de forma a apreender as necessidades e as características locais, para o desenvolvimento das ações e orientado por meio de normatizações nacionais como a consolidação das redes de atenção.

As mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde ainda produzem tensão, pois propõem alterações nas práticas convencionais da clínica e da gerência na área da saúde, sendo que, as relações mais democráticas entre os profissionais de saúde e esses com a população atendida devem ser respeitadas.<sup>(11)</sup> Uma prática de trabalho não alienada e tendo os indivíduos e suas famílias como protagonistas do processo de cuidado fazem parte desse desafio que a APS propõe. Essa dicotomia, entre a prática cotidiana e os pressupostos da APS, faz com que a presença e extensão do atributo de orientação familiar apresentem-se enfraquecidas, contribuindo para que a atenção à saúde da criança seja pouco resolutiva.

### **Orientação Familiar: cuidado da criança e sua família**

Um olhar ampliado sobre a criança e sua família favorece a construção do cuidado integral e resolutivo, bem como, contribui para o fortalecimento das características que a APS indica, tendo assim, alicerces para a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis.

Para atender às necessidades da orientação familiar os serviços de saúde devem apresentar outras características inerentes da APS como a longitudinalidade, pois identificar o serviço como fonte regular de atenção é essencial para que haja o conhecimento dos contextos familiares que dizem respeito à origem e ao cuidado das doenças. Para atender a esse pressuposto, um dos questionamentos realizados foi com relação às doenças existentes na família

da criança. Nesse contexto, destaca-se que nos serviços de saúde avaliados a média desse elemento, foi inferior a 3,0 como pode ser observado na tabela 2, o que demonstra que a atenção não integra cuidados familiares, mostrando a fragilidade de outras características da APS, além da orientação familiar, como a longitudinalidade e orientação comunitária. Nesse sentido, tem-se que a participação da família nas decisões do cuidado da criança é fundamental para que o foco da atenção não seja fragmentado e atenda as necessidades da criança e do seu grupo familiar.

A integração da família no cuidado à saúde da criança, assim como, a integração dos serviços de saúde e seus profissionais no cuidado da família amplia a relação entre os sujeitos, remodelando o enfoque da assistência à saúde. No entanto, no município estudado, destaca-se ainda o cuidado centrado no indivíduo, pois o cuidado com enfoque familiar não ficou evidenciado ao longo do acompanhamento do ciclo de vida das crianças de zero a 12 anos, uma vez que como mostraram os dados (Tabela 2), não se observa em toda sua extensão o atributo orientação familiar da APS como parte do cotidiano do processo de trabalho no atendimento ao usuário.

O escore médio 4,4 foi identificado na avaliação desse atributo. Estudos<sup>5,12)</sup> apontam que o atributo da orientação familiar também não apresentou valor satisfatório em nenhum dos serviços avaliados pelos usuários (UBS e ESF). Entretanto, pesquisa realizada com crianças menores de um ano em município do interior de São Paulo, em USF,<sup>(4)</sup> obteve alto escore para este atributo, divergindo dos estudos anteriores. Destaca-se que o serviço de ESF tem como pressuposto a integração da família no cuidado, o que pode ter favorecido esse resultado, comparando com os estudos realizados com unidades tradicionais.

### **Orientação Comunitária: conhecendo a comunidade adscrita**

No município estudado, o processo de territorialização teve conclusão no ano de 2012, o qual se caracteriza pelo reconhecimento da comunidade e mapeamento da área de atuação da unidade de saúde baseando-se em critérios de acessibilidade geográfica e fluxo da população para a construção de um modelo assistencial voltado para a realidade social, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos.<sup>(13)</sup>



Contudo, conforme dados apontados pelos entrevistados, ainda existem lacunas no diagnóstico da comunidade adscrita, visto que os serviços pouco se aproximam da comunidade. Destaca-se que em nenhum dos elementos avaliados a média foi satisfatória, (Tabela 3) o que denota fragilidade nos demais atributos da APS como longitudinalidade, acesso, integralidade do cuidado e orientação familiar.

Uma das ferramentas do processo de trabalho da APS para o conhecimento da comunidade é a visita domiciliar, a qual deve ser realizada por todos os profissionais de saúde. No entanto, neste estudo, a média identificada foi de 2,9 para esse item do atributo. Avaliando separadamente as unidades de ESF (n=17), para esse item, tem-se o escore 2,5, também insatisfatório. Verifica-se que existe dicotomia entre o processo de trabalho apresentado pelas equipes de ESF do município e o preconizado pelo Ministério da Saúde. Apesar de a visita domiciliar ser uma ferramenta importante para o processo de trabalho na ESF, essa prática não alterou o modo de cuidar. Salienta-se que a formação dos profissionais em direções não compatíveis com as propostas pela APS e a forte presença tecnológica biomédica, favorecem esse aspecto negativo. Nesse contexto, a ESF é um modelo de atenção que caminha timidamente, pois aposta em objetivos amplos e no papel de agentes comunitários e pouco discute as relações de trabalho dentro das equipes, não enfocando a prática interdisciplinar no cotidiano da atenção à saúde nesse serviço.<sup>(12)</sup> A educação permanente em saúde pode ser uma estratégia para gerar novos conhecimentos e ampliar as discussões no ambiente de trabalho, integrando a equipe de saúde para identificar os pontos fortes e fracos do serviço, refletindo no cuidado integral à criança.

A fim de fundamentar a necessidade de uma melhor atuação dos serviços com relação à orientação comunitária, tem-se o conhecimento do serviço sobre os problemas de saúde da comunidade. Destaca-se que os serviços avaliados obtiveram média abaixo do ideal (Tabela 3), demonstrando mais uma fragilidade dos serviços com relação à integração com a comunidade adscrita. Uma abordagem orientada para a comunidade interliga a clínica, a epidemiologia e as ciências sociais, modificando os programas a partir das necessidades e avaliando a efetividade dessas modificações.<sup>(14)</sup>

A realização de pesquisas na comunidade para identificação de problemas, também apresentou média insatisfatória. Salienta-se a importância de ouvir a população, pois normalmente os profissionais de saúde agem como conhecedores do que a população precisa e de que forma deve agir, realizando intervenções como se apenas o saber técnico e objetivo fossem suficientes para a efetividade do cuidado. Os problemas ou as necessidades de saúde da população também devem ser considerados a partir dos determinantes sociais de saúde.<sup>(15)</sup>

Em consonância com outros estudos<sup>(5-6,12)</sup> na avaliação do atributo de orientação comunitária, os escores deste estudo também foram considerados insatisfatórios. Fica evidente, dessa forma, que o escore dos atributos de orientação familiar e comunitária (4,4 e 5,1, respectivamente), não atende os pressupostos da APS, de incluir a família e a comunidade no cuidado, fortalecendo a cultura de assistência centrada no indivíduo. É premente a necessidade de ampliação da rede de ESF no município em estudo, e essa ampliação implica em reformulações das políticas públicas municipais, bem como, em alguns aspectos de estrutura e processo do cuidado para a efetiva implantação do serviço de APS na qualidade que se propõe.

## CONCLUSÃO

Ao considerar a APS como uma tentativa de reorganizar o sistema de saúde, acredita-se na necessidade de refletir, entre outros aspectos, sobre a qualidade da assistência prestada e seu foco de atenção. Os atributos de orientação familiar e orientação comunitária tiveram baixo escore na atenção à saúde da criança na avaliação do usuário dos serviços de atenção primária, não atingindo sua total extensão, comprometendo, desse modo, o grau de afiliação ao serviço e a resolutividade da atenção à saúde da criança na APS do município em estudo.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq; ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil – GPEMI; aos Acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina e especialização em saúde pública – *lato sensu* da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, Campus Cascavel-PR.

## Colaborações

Araujo JP; Viera CS e Toso, BRGO participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. [Ordinance n. 2,488, of October 21, 2011. Approves the National Primary Care Policy, setting the revision of guidelines and standards for the organization of Primary Care for the Family Health Strategy (FHS) and Community Agents Program (CAP)] [internet]. 2011 [cited 2013 abr 10]; Available from: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Portuguese
2. Starfield B. [Primary care: balancing health needs, services and technology]. 2002. 710f. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde. Portuguese
3. Brasil. [Ordinance n. 4.279, of December 30, 2010. Establishes guidelines for the organization of the Network of Health Care within the Unified Health System] [internet]. 2010a [cited 2012 abr 12]; Available from: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>. Portuguese
4. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet]. 2013 [cited 2013 out 10] 21(2): 8 telas. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200554&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200554&script=sci_arttext&lng=pt)
5. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Attributes of primary care in health care for children: Review of caregivers. Rev. Bras. em Saúde Materno Infantil. [internet]. 2011 [cited 2012 out 11] 11(3):323-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf> Portuguese
6. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. Evaluation of organizational characteristics and performance of a unit of Primary Care Health. [internet]. 2011. [cited 2012 ago 12] Rev. Gaúcha de Enfermagem. 32 (1): 48-55. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14805> Portuguese
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrument to evaluate primary health care manual: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brazil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Portuguese
8. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F et al. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care Ann Fam Med [internet]. 2008 [cited 2013 nov 29]; 6(2):116-123. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2267415/>

9. Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell G, Shortt M. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study Can Fam Physician [internet]. 2010 [cited 2012 nov 29]; 56(7):676-83. Avariable from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922817/>
10. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. The clinical practice of nurses in primary care: an ongoing process. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2011 [cited 2012 set 10]; 19(1):[08 telas]. Avariable from:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf) Portuguese
11. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu ENT, Souza GC, Silva JAM. Team work under the perspective of health services management: instruments for the construction of inter-professional practice. Physis [internet]. 2011 [cited 2012 nov 27]; 21(2):629-46. Avariable from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
12. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Perception of users and health professionals about primary care: comparison between units with and without family health in the Midwest Region of Brazil. Cad Saúde Pública [internet]. 2008 [cited 2013 jul 10]; 24(1): 148-58. Avariable from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf> Portuguese
13. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Directions and methods of territorialization in primary health care. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2013 [cited 2013 out 05]; 18(8):2253-62. Avariable from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800009&script=sci_arttext) Portuguese
14. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS et al. Family focus and community orientation in tuberculosis control. Rev. Bras. Epidemiologia [internet]. 2011 [cited 2013 out 05]; 14(2):207-16. Avariable from:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf> Portuguese
15. Teixeira, PF. A conceptual introduction to the social determinants of health. Saúde em debate. 2009; 33(83). Portuguese

---

\*As tabelas foram formatadas seguindo o padrão da dissertação, sendo que, quando o artigo for enviado para a revista, a formatação seguirá as orientações da Revista Acta Paulista de Enfermagem.

# Conclusões

## 6 CONCLUSÕES

A avaliação dos serviços de saúde perfaz uma iniciativa no sentido de identificar as lacunas existentes no processo de cuidar e/ou fragilidades do sistema de saúde, vislumbrando novos avanços para remodelar a assistência e modificar o processo de trabalho em saúde. Esse processo requer uma análise complexa de alguma situação que precisa ser minuciosamente discutida, aqui em específico a atenção à saúde da criança nos serviços de APS.

A partir de questionamentos sobre morbidade e mortalidade infantil por causas evitáveis e dos resultados de pesquisas anteriormente citadas neste estudo e desenvolvidas no contexto dos serviços de saúde do município de Cascavel, é que surgiram alguns questionamentos que nortearam o presente trabalho. Os serviços da rede básica no referido município apresentam a presença dos atributos essenciais e derivados da APS? Os serviços estão orientados à APS e apresentam resolutividade dos problemas de saúde das crianças na ótica de seus cuidadores?

A investigação da presente dissertação constatou que a realidade empírica confirmou o pressuposto de que os serviços de APS não apresentam a extensão dos atributos essenciais e derivados, e, assim, não são efetivos na resolutividade dos problemas de saúde das crianças menores de 12 anos no local de estudo.

Os dados epidemiológicos apresentados nesse estudo apontaram que as causas evitáveis foram as principais causas de morbidade nas crianças até quatro anos e representaram mais de 25% das hospitalizações em crianças de cinco a nove anos. Outro agravante foi o óbito por motivo de causas evitáveis em crianças menores de nove anos, resultante de mais de 70% dos casos, apontando baixa resolutividade da APS no município estudado.

A avaliação dos serviços de saúde, em específico as UBS e USF, do município de Cascavel-PR mostrou baixo grau de orientação para APS, visto que tanto os atributos essenciais como os derivados não foram encontrados em

sua total extensão. A presença e extensão de todos os atributos são fundamentais para o processo de alteração das práticas de saúde na assistência à criança. Assim, faz-se necessário promover mudanças nas esferas administrativas, de infraestrutura e organização do processo de trabalho na produção do cuidado.

A insatisfação do usuário na avaliação da estrutura do acesso de primeiro contato, estão relacionados as dificuldades enfrentadas como conseguir consultas no mesmo dia que a criança adoece, aconselhamento via telefone e principalmente tempo de espera para consultas superiores a 30 minutos. Outro elemento avaliado como insatisfatório foi sobre o tempo de espera para falar com as pessoas do serviço de saúde e fazer agendamento. Percebe-se, a necessidade de alterar as práticas de acolhimento ora desenvolvidas e caso este não ocorra, essa é uma política a ser implantada, pois facilita o contato dos usuários com os serviços de saúde. As barreiras do acesso, demonstradas neste estudo no baixo escore para acessibilidade que corresponde à estrutura do cuidado, implicam na efetividade dos demais atributos da APS, pois se existem dificuldades na estrutura do primeiro contato, é mais difícil estabelecer relação com as demais características necessárias para a resolutividade dos problemas de saúde

No entanto, o processo do cuidado, com relação ao acesso de primeiro contato teve avaliação satisfatória dos usuários, visto que quando a criança adoece, os cuidadores relatam procurar o serviço de APS antes de recorrer a outro local, facilitando, assim, o grau de afiliação ao serviço. Salienta-se que, como a estrutura do acesso de primeiro contato encontra-se fragilizada e, muitas vezes o usuário não recebe o atendimento que necessita, apesar da procura pelo serviço, fragilizando o vínculo entre criança, família e serviços de saúde. Faz-se necessário que a estrutura e o processo do cuidado estejam interligadas e sejam fomentadas de forma efetiva, para que a assistência à saúde da criança seja resolutiva.

O grau de afiliação com os serviços de saúde também teve um resultado satisfatório, no entanto, não significa que o vínculo das famílias das crianças com os serviços de saúde seja efetivo, pois o atributo da longitudinalidade apresentou fragilidade, o qual reflete diretamente nas condições de saúde das

crianças. A relação entre os indivíduos ao longo do tempo fortalece a prática do cuidado e implica em diagnósticos mais precisos e redução de encaminhamentos para outros serviços. Muitas vezes o vínculo é estabelecido com um profissional em específico e não com o serviço de saúde, motivo pelo qual alguns usuários trocam constantemente de serviço ou procuram diretamente os serviços de emergência. Um relacionamento ao longo do tempo entre serviços de saúde e cuidadores das crianças, caracterizando a longitudinalidade, reflete na qualidade e resolutividade da assistência. A implantação de equipes de saúde da família, com profissionais preparados para esse fim e que desenvolvam seu trabalho pautados pelos princípios da APS, pode ser uma alternativa para o fortalecimento de vínculos entre os serviços e as famílias das crianças.

A integralidade apresentou insatisfação dos cuidadores tanto na estrutura como no processo do cuidado, denotando lacunas nos serviços disponíveis e prestados pelos serviços de atenção primária. A atenção à saúde da criança, nesse contexto, se apresenta fragmentada e distante de obter a resolutividade almejada pelos cuidadores. A ampliação da oferta de serviços na rede de atenção primária é uma necessidade posta, visto que condições básicas como aconselhamentos à família sobre benefícios sociais, uso prejudicial de drogas, identificação de problemas visuais e teste de anti-HIV, bem como orientações direcionadas à saúde e bem-estar da criança não estão presentes em sua totalidade.

A coordenação da atenção teve resultados satisfatórios tanto na estrutura como no processo do cuidado, contudo, a fim de integrar os demais atributos, a coordenação na APS precisa realmente exercer sua função, ou seja, integrar todo cuidado que o usuário recebe por meio da coordenação entre os diversos serviços que este tem necessidade de ser atendido, visto que reflete diretamente na resolutividade da atenção. A ausência de comunicação entre os serviços e dos serviços com os usuários foi observada, sendo que a implantação de sistema integrado e informatizado de referência e contrarreferência, bem como, a existência e execução de protocolos de encaminhamentos a serviços especializados podem acarretar em diminuição de custos e melhores resultados no cuidado à criança. A necessidade de transparência no processo de cuidar, com



acesso a informações necessárias para essa assistência faz com que o indivíduo seja visto em sua totalidade, sua história de vida e familiar, seus problemas de saúde anteriores, tratamentos já realizados, entre outros. Sabe-se que os encaminhamentos para os serviços especializados não devem ser um regra da APS, mas sim, um instrumento na busca de densidades tecnológicas e conhecimentos específicos inexistentes, pautados na interdisciplinaridade da atenção.

A participação da família e da comunidade no processo de cuidado das crianças não é estimulada pelos serviços avaliados. Esses atributos tiveram os piores resultados na concepção dos cuidadores. Sabe-se da importância em reconhecer a comunidade onde a criança está inserida, assim como seu arranjo familiar, a fim de produzir um cuidado sistematizado e que culmine em resultados satisfatórios, abrangendo a criança, a família e a comunidade.

Diante da realidade empírica apresentada, é importante ressaltar que existe a necessidade de alterar os preceitos ainda existentes do modelo biomédico, que são voltados à intervenção no momento da doença e, investir em modelo assistencial amparado nos atributos da APS e embasados pela clínica ampliada.

Os serviços de APS devem apresentar a centralidade e serem ordenadores do todo sistema público de saúde. Nesse sentido, a integralidade da atenção, o cuidado interdisciplinar, as discussões sobre os planejamentos da assistência e dos recursos, entre outros, são fundamentais para que o sistema funcione de forma integrada.

Remodelar a assistência à saúde implica em modificar o processo de trabalho. No entanto, faz-se necessário refletir sobre essas mudanças, na busca de implementar ações que estejam ordenadas com o proposto pela ESF, visto que, a APS de qualidade é a estratégia efetiva na busca do melhor estado de saúde das crianças e satisfação dos cuidadores.

## Referências

## REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. X.; CÉSAR, C. C.; FRANÇA, E. B. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, vol. 21, n.5, mai. 2007.

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 Disponível em:<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> 1978>. Acesso em 10 abr. 2012.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Revista brasileira de epidemiologia**. São Paulo, vol.7, n.1, mar. 2004. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em 10 set. 2013.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

ARIÈS, P. **História Social da criança e da família**. 2.ed. (reimp.). Rio de Janeiro: LTC, 2011. 196p.

AZEVEDO A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educ.** 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2012.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. (org.) **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. 1986. Disponível em:<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em 10 jul. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF: 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 02 abr. 2012.

BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências**. Brasília, 1990c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.016 de 26 de agosto de 1993. **Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema Alojamento Conjunto**. Brasília, 1993. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/alojamento-conjunto/Portaria\\_GM\\_MS\\_1016.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/alojamento-conjunto/Portaria_GM_MS_1016.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à saúde, Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. **Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2000a. Disponível em: <[http://www.spp.org.br/Portaria\\_569\\_GM.pdf](http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2012.

BRASIL. Portaria GM nº 693 de 5 de julho de 2000. **Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Brasília, 2000b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: Ministério da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Programa nacional de avaliação dos serviços de saúde**. Brasília, DF: [s.n], 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0080\\_m.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0080_m.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2006a. Disponível em: <[http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria648\\_-\\_politica\\_nacional\\_de\\_atencao\\_basica.pdf](http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria648_-_politica_nacional_de_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BRASIL. **Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS**. [citado em: 28 out 2008]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24703&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24703&janela=1)> 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, DF: [s.n.], 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 2395, de 07 de outubro de 2009. **Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**. Brasília: GM, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. Brasília: MS, 2009c.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1)>. Acesso em: 10 set. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília: 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 12 abr. 2012.

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

BRASIL. Portaria de nº 1.654 GM/MS, do dia 19 de julho de 2011, **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável**. Brasília, DF: 2011d. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em 10 abr. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília, 2011f. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)> Acesso em 21 abr. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: materiais informativos. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_materiais\\_informativos\\_saude\\_crianca.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_materiais_informativos_saude_crianca.pdf). Acesso em: 12 abr. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1)>. Acesso em: 10 set. 2012b.

BRASIL. **Decreto nº 7.872, de 26 de dezembro de 2012.** Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. 2012c. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7872.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7872.htm)>. Acesso em 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 466/12**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012d.

BRASIL. Indicadores Socioeconômicos. **Renda média domiciliar per capita**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/b08a.def>>. Acesso em 15 set. 2013.

CAETANO, J. R. M.; et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, p.285-91, 2002.

CARVALHO, D.; NOVAES, H. M. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 220-230, 2004.

CARVALHO, E. M. G. **Educação infantil**: percurso, dilemas e perspectivas. Ilhéus, BA: Editus, 2003.

CASCAVEL, **Prefeitura Municipal de Cascavel, Paraná**. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=136>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In BROUSSELLE, A et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. V.; GUERREIRO, A. V. P. (orgs.) **Manual de práticas de atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2010.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5.ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1p. S7-S27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan-fev. 2009.

COSTA, R.; et al. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Revista Eletrônica História da Enfermagem**. Rio de Janeiro v.1, n.1, abr. 2010. Disponível em: <[http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1\\_artigo4.pdf](http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf)> Acesso em: 22 fev. 2012.

COSTA NETO, Pedro Luiz de Oliveira, **Estatística**, Ed: Edgard Blücher LTDA, São Paulo, 1977.

CUNHA, A. J. L. A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. (Orgs.) **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011.



DATASUS. **Disponibilidade de leitos para internação SUS – Cascavel –PR.** Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atintpr.def>>. Acesso em: 11 maio 2012.

DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas Vitais. **Óbitos infantis.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>>. Acesso em 09 set 2013a.

DATASUS. **Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupo de doenças.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>>. Acesso em: 09 set 2013b.

DATASUS. Informações de saúde. **Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nipr.def>>. Acesso em 10 jun 2013c.

DONABEDIAN, A. The seven pillar of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine.** Chicago, v. 114, no. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quaterly.** V83, n4, p. 691-729, 2005.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELA, L. et al. (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

ESCOREL, S. TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELA, L. et al. (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

FACCHINI, L. A.; GARCIA, C. P. Evolução e avanços da saúde da família e os 20 anos do sistema único de saúde no Brasil. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema único de saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FALEIROS V. P. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. **IPEA, Políticas Sociais - acompanhamento e análise,** v.11, ago. 2005.

FIGUEIREDO, A. M. **Avaliação da atenção primária à saúde:** análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PACTool no município de Curitiba, Paraná. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31886/000785447.pdf?sequence=1>>. Acesso em: jul. 2012.

FRACOLLI, L. A.; et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 5, p.1135-1141, 2011.

GLICKMAN, S. W. et al. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. **International Journal for Quality in Health Care**. v.19, n. 6, p. 341-48.

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso: método canguru. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro [online] vol.86, no.1, p.33-39. Porto Alegre: jan./fev. 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 04 abr. 2012.

HAGGERTY, J. L. et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Annals of Family Medicine**. v. 6, n. 2, p. 116-123, mar./abr. 2008.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, jan./jun. 2004.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HOENING, H.; LEE, J.; STINEMAN, M. Conceptual Overview of Frameworks for Measuring Quality in Rehabilitation. **Top Stroke Rehabil**, v. 17, n. 4, p.239–251, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/>>. Acesso de 20 abr. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IPARDES. **Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85800&btOk=ok>> acesso em 08 ago2013.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 179-187, 2008.

- JODAS, D. A. **Mortalidade evitável em menores de cinco anos: evento sentinela da qualidade dos cuidados primários em Maringá - PR**. 2010. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maringá, 2010.
- LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. – 5. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. do C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p.759-72, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13534.pdf>> Acesso em: 15 de novembro de 2012.
- LENZ, M. L. M.; et al. T. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Med Fam e Com.** v. 3, n. 12, jan/mar 2008. Disponível em: <[www.fepi.br/fepi\\_site/revista/](http://www.fepi.br/fepi_site/revista/)>. Acesso em: 28 jul. 2012.
- MACEDO, S. E. C. et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp. 351-358. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5325.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2012.
- MACHADO, C. J.; HILL, K. Determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia.**, São Paulo, v.6, n.4, p.345-358, 2003.
- MACHADO, M. M. T. et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3125-3133, 2012.
- MALOUINS, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Manag Care**. Jun; v. 18, n. 6, p. 44-8, 2009.
- MANDELL, L. A. Guidelines for community-acquired pneumonia: a tale of 2 countries. **Clin Infect Dis**. v.31, p. 422-5, 2000.
- MELO, E. C.; MATHIAS, T. A. F. Distribuição e autocorrelação espacial de indicadores da saúde da mulher e da criança, no Estado do Paraná, Brasil. **Revista Latino-America de. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 6, nov-dez 2010.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.**

Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.12, n.3, p. 447-448, mai-jun. 2004.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1493-1497, 2009. Disponível

em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a22v14s1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2012.

MULDOON, L. et al. Community orientation in primary care practices: results from the comparison of models of primary health care in Ontario study. **Canadian Family Physician**, v.56, p. 676-683, july/juillet, 2010.

NEDEL, F. B.; et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**; v.42, n. 6, p.1041-1052. 2008.

Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n6/6420.pdf>> Acesso em 10 abr. 2012.

NOGUEIRA; V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al (org.).

**Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez; 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-4.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf)> Acesso em: 02 abr. 2012.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. C. de; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELA, L. et al (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, dez. 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n12/02.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

OLIVEIRA, B. R. G.; et al. Causes of hospitalization in the National Healthcare System of children aged zero to four in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 268-277. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/en\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/en_09.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2012.

OLIVEIRA, B. R. G.; et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** v.13, n. 2, p. 332- 342, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. WHO, 1946. Disponível em:

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 10 abr. 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: OMS, 2000.

ORTIZ, L. P. **Agrupamento das causas de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças**. São Paulo: Fundação SEADE, 2000. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/viva-vida/comites/Agrupamento%20das%20Causas%20de%20Morte%20dos%20Menores%20de%20Um%20Ano%20Segundo%20Critério%20de%20Evitabilidade%20das%20Doencas.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/viva-vida/comites/Agrupamento%20das%20Causas%20de%20Morte%20dos%20Menores%20de%20Um%20Ano%20Segundo%20Critério%20de%20Evitabilidade%20das%20Doencas.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012

PAIM, J. S. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico conceitual. In: \_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELA, L. et al (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008b.

PARANÁ (Estado), Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Oficinas do plano diretor de atenção primária: formação e qualificação profissional em APS**. Oficina 2 Rede mãe paranaense. Curitiba: SESA, 2012. Disponível em:

<[http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_-\\_Ed.\\_Permanente/Oficina\\_02/Rede\\_Mae\\_Paranaense.pdf](http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficina_02/Rede_Mae_Paranaense.pdf)>. Acesso em 20 mai 2013.

PAZ; M. G. A.; ALMEIDA; M. F.; GÜNTHER; W. M. R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.15, n.1. mar. 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000100017&script=sci_arttext)>. Acesso em 10 nov. 2013.

PEREIRA, J. S. **História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX**. 2006. 206f. Tese (doutorado em História) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PEREIRA. I.V.; CABRAL, I. E. Diarréia aguda em crianças menores de um ano: Subsídios para o delineamento do cuidar. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. v. 12, n.2, p. 224-229, junho, 2008.

- PEREIRA, M. J. B.; et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011.
- PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, out. 2004.
- QU, H. et al. Evaluating the quality of acute rehabilitation care for patients with spinal cord injury: an extended Donabedian model. **Quality Management in Health Care**. v. 19, n. 1, jan. mar. 2010.
- REDE. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 1, p. 25-52, 1997.
- ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 22 de abril de 2013.
- SALA, A.; et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.
- SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n. 4, p. 585-593, out.-dez. 2005.
- SILVA, M. A. Políticas de Saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In **Saúde da Criança e adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros (as)**. GAIVA, M. A. M (org). Cuiabá: EdUFMT, 2006.
- SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. J. B. Epidemiologia e indicadores de Saúde. In. ANDADRE, S. M. (org). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.
- STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

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

STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for Primary Care Assessment Tools**. Baltimore; Johns Hopkins University, 2009. Disponível em:  
<[http://www.jhsph.edu/pcpc/PCAT\\_PDF/PCAT\\_manual.pdf](http://www.jhsph.edu/pcpc/PCAT_PDF/PCAT_manual.pdf)> . Acesso em: 20 mar 2013.

TOSO, B. R. G. O. **Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica**. 2011. 373f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TRAVASSOS C.; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004. Disponível em:  
<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2012.

UNICEF .United Nations Children’s Fund. **Situação da Infância no Mundo: criança em um mundo urbano**. 2012. UNICEF. Disponível em:  
<[http://www.unicef.org/brazil/pt/PT-BR\\_SOWC\\_2012.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/PT-BR_SOWC_2012.pdf)>. Acesso em: 30 agosto 2013.

VASCONCELOS, C.M. de; PASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VIANA, A. L. d’ A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELA, L. et al (org) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

VIERA, C. S. et al. Caracterização de crianças menores de cinco anos atendidas nos serviços de pronto atendimento infantil no Sul do Brasil. **Dados preliminares do projeto de pesquisas aprovado pelo edital Universal 014/2010, CNPq**. Etapa Cascavel, 2012.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2010. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ZIONI GOMES, F.; ADORNO, R. C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 204-211, 1990.

# Apêndices



## APÊNDICE A

### PESQUISA MULTICÊNTRICA – AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA

#### PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRAFICO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA ATENDIDA NA UBS

|                                                      |                                          |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Data da Entrevista ____/____/____                    | Entrevistador: _____<br>Digitador: _____ |
| Horário início: _____ Horário término: _____         |                                          |
| INICIAIS DO NOME DE QUEM RESPONDEU ENTREVISTA: _____ |                                          |

|                               |
|-------------------------------|
| UBS/USF de referência: _____. |
|-------------------------------|

|                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qual o número de filhos na família?                                             | 01 | 1 <input type="checkbox"/> um<br>2 <input type="checkbox"/> dois<br>3 <input type="checkbox"/> três<br>4 <input type="checkbox"/> quatro<br>5 <input type="checkbox"/> cinco<br>6 <input type="checkbox"/> mais de cinco                                                                                                                                                                              |
| Qual é o intervalo entre o último parto e o parto da _____<br>(NOME DA CRIANÇA) | 02 | 1 <input type="checkbox"/> até 2 anos<br>2 <input type="checkbox"/> mais de 2 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Qual é a posição da _____<br>(NOME DA CRIANÇA) na família?                      | 03 | 1 <input type="checkbox"/> 1º filho<br>2 <input type="checkbox"/> 2º filho<br>3 <input type="checkbox"/> 3º filho<br>4 <input type="checkbox"/> 4º filho<br>5 <input type="checkbox"/> outro _____                                                                                                                                                                                                    |
| Quem é o cuidador principal da/o _____<br>(NOME DA CRIANÇA)                     | 04 | 1 <input type="checkbox"/> mãe<br>2 <input type="checkbox"/> pai<br>3 <input type="checkbox"/> irmãos mais velhos<br>4 <input type="checkbox"/> avós<br>5 <input type="checkbox"/> madrinha<br>6 <input type="checkbox"/> creche/ escolinha<br>7 <input type="checkbox"/> tias<br>8 <input type="checkbox"/> vizinhos<br>9 <input type="checkbox"/> babá<br>10 <input type="checkbox"/> outros: _____ |

|                                                                            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Qual é a idade do principal cuidador:</b>                               | <b>05</b> | Resposta: _____ anos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Quantos anos de estudo tem o principal cuidador?</b>                    | <b>06</b> | 00 <input type="checkbox"/> nenhum.<br>_____ anos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Qual a situação conjugal dos pais do/a _____<br/>(NOME DA CRIANÇA).</b> | <b>07</b> | 1 <input type="checkbox"/> casados<br>2 <input type="checkbox"/> união estável<br>3 <input type="checkbox"/> mãe solteira<br>4 <input type="checkbox"/> pai solteiro<br>5 <input type="checkbox"/> namorados<br>6 <input type="checkbox"/> viúvo/a<br>7 <input type="checkbox"/> pai casado<br>8 <input type="checkbox"/> mãe casada                                                                                                                                                                      |
| <b>Quantos anos de estudo tem o pai?</b>                                   | <b>08</b> | 00 <input type="checkbox"/> nenhum.<br>_____ anos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Quantos anos de estudo tem a mãe?</b>                                   | <b>09</b> | 00 <input type="checkbox"/> nenhum.<br>_____ anos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Qual é a ocupação do pai?</b>                                           | <b>10</b> | 1 <input type="checkbox"/> Empregado do comércio<br>2 <input type="checkbox"/> Trabalhador domestico<br>3 <input type="checkbox"/> Empregado da construção civil<br>4 <input type="checkbox"/> auxiliar de serviços gerais<br>5 <input type="checkbox"/> Conta própria - informal<br>6 <input type="checkbox"/> Trabalhador rural<br>7 <input type="checkbox"/> autônomo<br>8 <input type="checkbox"/> Sem ocupação no momento<br>9 <input type="checkbox"/> outros                                       |
| <b>Qual é a ocupação da mãe?</b>                                           | <b>11</b> | 1 <input type="checkbox"/> Empregado do comércio<br>2 <input type="checkbox"/> Trabalhador domestico<br>3 <input type="checkbox"/> Empregado da construção civil<br>4 <input type="checkbox"/> Auxiliar de serviços gerais<br>5 <input type="checkbox"/> Conta própria - informal<br>6 <input type="checkbox"/> Trabalhador rural<br>7 <input type="checkbox"/> Autônomo<br>8 <input type="checkbox"/> Sem ocupação no momento<br>9 <input type="checkbox"/> Do lar<br>10 <input type="checkbox"/> Outros |

|                                                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qual a Renda Familiar aproximada?                                     | 12 | 1 <input type="checkbox"/> menos do que um Salário Mínimo (SM)<br>2 <input type="checkbox"/> um SM<br>3 <input type="checkbox"/> dois SM<br>4 <input type="checkbox"/> três SM<br>5 <input type="checkbox"/> quatro SM<br>6 <input type="checkbox"/> mais de quatro SM:                                                                                                  |
| Quantas pessoas contribuem para essa renda?                           | 13 | 1 <input type="checkbox"/> uma pessoa<br>2 <input type="checkbox"/> duas pessoas<br>3 <input type="checkbox"/> três ou mais pessoas                                                                                                                                                                                                                                      |
| Quem contribui para a renda familiar?                                 | 14 | 1 <input type="checkbox"/> Pai<br>2 <input type="checkbox"/> Mãe<br>3 <input type="checkbox"/> Pai e mãe<br>4 <input type="checkbox"/> Outros: _____                                                                                                                                                                                                                     |
| Quantas pessoas dependem desta renda?                                 | 15 | 1 <input type="checkbox"/> até duas<br>2 <input type="checkbox"/> três<br>3 <input type="checkbox"/> quatro<br>4 <input type="checkbox"/> cinco<br>5 <input type="checkbox"/> seis<br>6 <input type="checkbox"/> sete<br>7 <input type="checkbox"/> oito<br>8 <input type="checkbox"/> nove<br>9 <input type="checkbox"/> dez<br>10 <input type="checkbox"/> mais de dez |
| Quais eletrodomésticos existem na casa de _____<br>(NOME DA CRIANÇA)? | 16 | 1 <input type="checkbox"/> geladeira<br>2 <input type="checkbox"/> televisão<br>3 <input type="checkbox"/> fogão a gás<br>4 <input type="checkbox"/> chuveiro elétrico<br>5 <input type="checkbox"/> rádio<br>6 <input type="checkbox"/> máquina de lavar roupa<br>7 <input type="checkbox"/> computador                                                                 |
| A casa de _____<br>(NOME DA CRIANÇA) é:                               | 46 | 1 <input type="checkbox"/> própria<br>2 <input type="checkbox"/> alugada<br>3 <input type="checkbox"/> cedida<br>4 <input type="checkbox"/> conjunto habitacional<br>5 <input type="checkbox"/> invasão legalizada<br>6 <input type="checkbox"/> invasão não legalizada                                                                                                  |
| Qual é o tipo de construção da casa de _____<br>(NOME DA CRIANÇA)?    | 17 | 1 <input type="checkbox"/> alvenaria<br>2 <input type="checkbox"/> madeira<br>3 <input type="checkbox"/> mista<br>4 <input type="checkbox"/> lona                                                                                                                                                                                                                        |
| Quantos cômodos possui a casa de _____<br>(NOME DA CRIANÇA)?          | 18 | 1 <input type="checkbox"/> um<br>2 <input type="checkbox"/> dois<br>3 <input type="checkbox"/> três<br>4 <input type="checkbox"/> quatro<br>5 <input type="checkbox"/> mais de quatro                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qual a característica dominante da área da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?         | 19 | 1 <input type="checkbox"/> residencial<br>2 <input type="checkbox"/> comercial<br>3 <input type="checkbox"/> industrial<br>4 <input type="checkbox"/> mista<br>5 <input type="checkbox"/> área verde                                                                                                     |
| Como é o abastecimento de água na residência de _____ (NOME DA CRIANÇA)?            | 20 | 1 <input type="checkbox"/> da rede oficial e tratada<br>2 <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento regular<br>3 <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento irregular<br>4 <input type="checkbox"/> água de poço<br>5 <input type="checkbox"/> mina<br>6 <input type="checkbox"/> rio |
| Como é a rede de esgoto da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?                         | 21 | 1 <input type="checkbox"/> rede oficial<br>2 <input type="checkbox"/> fossa<br>3 <input type="checkbox"/> esgoto a céu aberto                                                                                                                                                                            |
| E a eletricidade?                                                                   | 22 | 1 <input type="checkbox"/> rede oficial<br>2 <input type="checkbox"/> ligação coletiva<br>3 <input type="checkbox"/> ligação clandestina<br>4 <input type="checkbox"/> ausente                                                                                                                           |
| Como é a coleta de lixo?                                                            | 23 | 1 <input type="checkbox"/> regular<br>2 <input type="checkbox"/> irregular<br>3 <input type="checkbox"/> queimado<br>4 <input type="checkbox"/> enterrado<br>5 <input type="checkbox"/> acumulado                                                                                                        |
| Como é a rua da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?                                    | 24 | 1 <input type="checkbox"/> asfalto<br>2 <input type="checkbox"/> calçamento<br>3 <input type="checkbox"/> terra                                                                                                                                                                                          |
| Qual é o meio de transporte mais utilizado pela família de _____ (NOME DA CRIANÇA)? | 25 | 1 <input type="checkbox"/> carro próprio<br>2 <input type="checkbox"/> motocicleta<br>3 <input type="checkbox"/> ônibus coletivo<br>4 <input type="checkbox"/> bicicleta<br>5 <input type="checkbox"/> outros: _____                                                                                     |

## **APÊNDICE B**

### **CARTÃO RESPOSTA**

|               |                         |                         |              |                                   |
|---------------|-------------------------|-------------------------|--------------|-----------------------------------|
| <b>Sempre</b> | <b>Muitas<br/>Vezez</b> | <b>Poucas<br/>Vezez</b> | <b>Nunca</b> | <b>Não sei/ não<br/>me lembro</b> |
|---------------|-------------------------|-------------------------|--------------|-----------------------------------|

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DO PROJETO:** “AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA”

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL E COLABORADORES COM TELEFONES DE CONTATO:**

– Pesquisador responsável: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; Fones: (45) 9971-1791; (45)3220-3147

– Colaboradores: Cláudia Silveira Viera; Fones: (45)9912-0066; (45)3220-3147  
Pallcha Luízar Obregón; Fones: (45)8801-5923; (45)3252-0528

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de avaliar a efetividade da atenção primária em saúde para crianças por meio do instrumento Pcatool-Brasil versão criança em unidades básicas de saúde de municípios de médio porte do estado do Paraná comparativamente a unidades de saúde da família em João Pessoa na Paraíba. Para isso será realizado com você o preenchimento de um formulário com perguntas sobre o atendimento que você recebeu no posto de saúde ou na unidade de emergência, quando procurou por estes serviços e recebeu o cuidado que estava buscando.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Falar sobre a nossa própria história, principalmente quando envolve um filho (a) doente pode ser desconfortável em algum momento, por isso, ao sentir-se desconfortável, você tem a liberdade de não querer falar mais sobre o assunto e nada irá acontecer a você e a sua criança, com relação ao tratamento.

**BENEFÍCIOS:** Não há benefícios diretos para você e sua criança. Mas as informações que você nos dará poderão ajudar a compreender se os serviços de saúde têm resolvido os problemas de saúde das crianças e suas famílias e se não tem porque isso está acontecendo.

**DESPESAS E INDENIZAÇÃO:** Não haverá qualquer custo para sua família por estar participando deste trabalho, e não haverá nenhuma indenização pela participação de vocês. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento.

Uma cópia deste TCLE será entregue a você; será mantida a confidencialidade do que você me informar e os dados serão utilizados só para fins científicos; você poderá cancelar sua participação a qualquer momento; o telefone do comitê de ética é 3220-3272, caso você necessite de maiores informações.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Cascavel, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

## **APÊNDICE D**

### **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Cascavel, 23 de fevereiro de 2012.

Prezado Senhor,

Venho por meio deste solicitar autorização para coleta de dados de pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA, sob responsabilidade dos Pesquisadore(s): Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso – Enfermagem Unioeste/Cascavel; Cláudia Silveira Viera – Enfermagem Unioeste/Cascavel; Pallcha Luízar Obregón – Medicina Unioeste/Cascavel e Alunos dos Cursos de Enfermagem e Medicina da UNIOESTE, campus Cascavel, nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto-Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cascavel, PR.

O objetivo geral da pesquisa é avaliar a efetividade da atenção primária em saúde para crianças por meio do instrumento Pcatool-Brasil versão criança, (desenvolvido para avaliar a saúde pública no Canadá e validado no Brasil pela equipe de medicina comunitária do Grupo Hospital Conceição, de Porto Alegre, RS) em unidades básicas de saúde de municípios de médio porte do estado do Paraná (Cascavel e Londrina) comparativamente a unidades de saúde da família em João Pessoa, Paraíba.

Em anexo a este segue o projeto conforme aprovado pelo Edital Universal 2011 CNPq.

Desde já agradeço.

Atenciosamente,

---

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
Coordenadora da pesquisa

Sr. Ildemar Marino Canto  
Ilmo. Secretario Municipal de Saúde de Cascavel – PR

Anexos



## ANEXO A

### INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS — PCATool VERSÃO CRIANÇA

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

#### **2.2 Instrumento PCATool-Brasil versão Criança**

##### **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança**

**1º momento:** Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

##### **ITENS INTRODUTÓRIOS**

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou do familiar / cuidador da criança na Unidade de Saúde em seguir com a entrevista;
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se a criança em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo /avaliação). Identificar o nome da criança e, a partir de então, usar sempre o nome dela como referência;
- 3 - Identificar o /a responsável pela criança (cuidador) que deve responder o PCATool-Brasil. Use, por exemplo, a pergunta: “Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde da criança?”, identificando o parentesco da mesma com a criança;
- 4 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário;
- 5 - Seguir com a entrevista.

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PCATool - Brasil versão Criança

**A - GRAU DE AFILIAÇÃO**

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o/a \_\_\_\_\_ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?

- ☐ Não  
☐ Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a \_\_\_\_\_ (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.)

- ☐ Não  
☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima  
☐ Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) \_\_\_\_\_ (nome da criança)? (Não leia as alternativas.)

- ☐ Não  
☐ Sim, mesmo que A1 & A2 acima  
☐ Sim, o mesmo que A1 somente  
☐ Sim, o mesmo que A2 somente  
☐ Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO**

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).
- Se todos as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: \_\_\_\_\_

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 - \_\_\_\_\_

("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Criança**

**B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                                                                 | Com<br>certeza,<br>sim     | Provavel-<br>mente, sim    | Provavel-<br>mente, não    | Com<br>certeza,<br>não     | Não sei /<br>não lembro    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ("consulta de rotina"), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?                               | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B3 - Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhá-la obrigatoriamente?                             | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                                                                                    | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| C1 – Quando o (a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?                                                 | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?                                                                     | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (“consulta de rotina”) no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?                                                                | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C4 – Quando você chega no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando você pensa que é necessário?                                                 | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C6 – Quando o “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?                                                                     | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Criança**

**D - LONGITUDINALIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                     | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei/não lembro         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| D1. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?" | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o "médico/enfermeiro" que melhor conhece sua criança?        | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D3 - Você acha que o "médico/enfermeiro" da sua criança entende o que você diz ou pergunta?                                                           | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D4 - O(a) "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?                                                                    | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D5 - O (a) "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?                                          | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao "médico/enfermeiro"?                                 | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D7 - O "médico/enfermeiro" conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?                                     | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D8 - O (a) "médico/enfermeiro" conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?                                                           | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

Continua...

## Continuação

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                            | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| D9 - O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?                                           | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D10 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D11 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?                                                            | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D12 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?                                          | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D13 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?                                                | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D14 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?    | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

E1 - Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- ☐ Sim
- ☐ Não (Passe para a questão F1)
- ☐ Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                                                 | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E2 - O (a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?" | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E3 - O (a) "médico/enfermeiro" da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?"                                                     | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E4 - O "médico/enfermeiro" de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?"                                                                                | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E5 - Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?"                | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E6 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?"                                  | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                                                                                                                                                                   | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| F1. Quando você leva sua criança no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| F2. Quando você leva sua criança no (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?                                                                                                                                                 | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?                                                                                                                                                             | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Criança**

**G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro...””)

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                    | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| G1 - Vacinas (imunizações).                                                                                                          | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.                         | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G3 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.                                                                             | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G4 - Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).                                                                 | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G5 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G6 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.                                                                                  | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G7 - Sutura de um corte que necessite de pontos.                                                                                     | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G8 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.                                                                                 | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G9 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).                                                   | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**“Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu “médico/enfermeiro”, algum destes assuntos foram conversados com você?”**

**Em consultas** ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                                               | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| H1 - Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.                                                                     | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H2 - Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.                                                                                                                 | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H3 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ... | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H4 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.                                                                                                        | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H5 - Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.                                                           | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Criança**

**I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                 | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| I1 – O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?                        | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?                                   | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

| Por favor, indique a melhor opção                                                                                                                         | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei / não lembro       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| J1 - Alguém do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?                                                           | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| J2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?                                | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas? |                            |                            |                            |                            |                            |
| J3 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?                                                            | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| J4 - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?                                          | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

## ANEXO B

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE

#### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA

**Pesquisador:** Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

**Versão:** 2

**Instituição:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
CCBS - UNIOESTE

**CAAE:** 01295412.2.1001.0107

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 19391

**Data da Relatoria:** 09/05/2012

**Apresentação do Projeto:**

adequado

**Objetivo da Pesquisa:**

adequados

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

pertinentes

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

sem comentarios

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

adequado

**Recomendações:**

nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

as pendencias foram contempladas

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado.

CASCADEL, 09 de Maio de 2012

Assinado por:

Aneline Maria Ruedell

## ANEXO C

### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DA REVISTA TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM

#### NORMAS PARA PREPARO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

**Página de identificação:** a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(o)s qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de

absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

**Citações no texto:** as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".<sup>1:30-31</sup>

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...](e7)*;

Citações no texto para artigos na categoria **Revisão da Literatura**. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

#### **Exemplos:**

Segundo Oliveira et al<sup>9</sup> ou Segundo Oliveira et al<sup>9</sup> (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.<sup>9</sup>

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

#### **Livro padrão**

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

**Capítulo de livro**

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

**Livro com organizador, editor ou compilador**

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

**Livro com edição**

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

**Trabalho apresentado em congresso**

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

**Entidade coletiva**

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

**Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

**Tese/Dissertação**

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

**Artigo de jornal**

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

**Artigo de periódico com até 6 autores**

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.

**Artigo de periódico com mais de 6 autores**

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.



**Material audiovisual**

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. GEHCE; 2006 jul 23.

**Mapa**

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

**Dicionários e referências similares**

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.

**Homepage/web site**

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Material eletrônico**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletr Enferm [online]. 2004[acesso em 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_1/f1\\_coletiva.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html)

Corona MBEF. O significado do “Ensino do Processo de Enfermagem” para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

## ANEXO D

### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DA REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

#### NORMAS PARA NORMAS PARA PREPARO DE MANUSCRITOS



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Enfermagem  
Acta Paulista de Enfermagem



**No título do artigo lembre-se de não exceder o limite de 12 palavras!**

#### 1. Título do artigo nas duas versões:

- a. Caixa baixa, exceto para a palavra inicial e nomes próprios;
- b. Evitar nomes de cidades ou instituições no título.

#### 2. Autores

- a. Os nomes devem estar por completo, sem abreviaturas;
- b. Caixa baixa, exceto para a inicial de cada nome;
- c. Junior, Sobrinho, Neto escrever por extenso;
- d. Netto – é sobrenome.

#### 3. Instituição

Indicar o nome da Instituição por extenso. No formato: Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

As bases que indexam os artigos da Acta indicam apenas o nome da instituição que será considerado como indicador da produção científica.

#### 4. Indicar a se há ou não conflitos de interesse a declarar.

#### 5. Datas de Submissão

Submetido em dia, mês, ano (por extenso):

Submetido 27 de Março de 2008 / Aceito 20 de Novembro de 2008

#### 6. Autor correspondente

##### Correspondência

- a. Nome do autor (não usar títulos Dr, Professor, etc.);
- b. Endereço completo (evitar endereço particular);
- c. Cidade (estado abreviado), País;
- d. CEP;
- e. E-mail.



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Enfermagem  
Acta Paulista de Enfermagem



**Na seção Resumo lembre-se de não exceder o limite de 150 palavras!**

## 7. Artigo

### a. **Resumo (título em caixa baixa e negrito)**

- i. No início do texto na língua que estiver o texto
- ii. Não usar abreviaturas, exceto para padrões internacionais
- iii. Para AO, manter a estrutura: **Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão**. Colocar em parágrafos separados. Estes nomes devem aparecer em negrito e caixa baixa.

### b. **Descritores (em negrito, no mesmo padrão que as sessões do resumo)**

- i. Devem ser separados por ponto e vírgula. Cada novo descritor deve vir com a primeira letra da primeira letra em maiúscula. Observar na quebra de linha que alguns descritores usam barra (/) e esta deve estar agregada ao descritor;
- ii. Alguns descritores são compostos por dois ou mais termos, separados por vírgula (tem que ser respeitado);
- iii. Fonte sem itálico.

### c. **Abstract (título em caixa baixa e negrito)**

Deve seguir rigorosamente o conteúdo e formato do resumo de acordo com cada categoria de artigo

#### **Keywords**

- i. Após ou paralelamente ao Resumo;
- ii. Fonte sem itálico.



**No corpo do artigo lembre-se de não exceder o limite de 3000 palavras!**

**d. Texto**

- i. Somente usar *itálico* para espécies ou termos, palavras ou expressões em inglês que não tenham sido traduzidas ou não possuam tradução para o português;
- ii. Marcas de equipamentos, medicamentos, usar <sup>TM</sup> ou ®;
- iii. Usar números até dez, por extenso, seguindo as normas para redação;
- iv. Os primeiros itens devem vir com a primeira letra em maiúscula e os demais em caixa baixa e negrito. Exemplos: **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão**;
- v. O segundo nível deve vir endentado na margem do parágrafo, em negrito, caixa baixa, somente a primeira letra em maiúscula ou os nomes próprios. Não usar *itálico*;
- vi. O terceiro nível deve ser endentado a partir da margem do parágrafo;
- vii. Não utilizar bullets no texto, apenas traço horizontal;
- viii. As citações devem aparecer no texto depois do ponto final, em sobrescrito, entre parênteses. Sempre que possível as citações devem estar no final da frase e não no meio da mesma;
- ix. Quando as citações forem sequenciais devem ser separadas por um traço <sup>(3-7)</sup>. Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula. <sup>(1,4,6,9)</sup> Citações sequenciais com apenas duas citações, devem ser separadas por vírgula <sup>(3,4)</sup>.

**e. Tabelas**

- i. **A citação da tabela no texto** deve ser feita em caixa baixa, quando inserida no contexto da frase e com a primeira letra em caixa alta, quando em formato citação. Ex: na análise discriminante efetuada (Tabela 1) foram utilizadas como variáveis... Não houve diferença significativa entre os observadores, conforme demonstrado na tabela 1;
- ii. **Título da tabela:** No título da tabela usar número em algarismo arábico. Usar ponto para separar a denominação tabela do título: **Tabela 1**. Texto em caixa baixa, exceto primeira palavra ou nomes próprios, sem abreviaturas, sem negrito, sem ponto final;
- iii. Devem ser abertas lateralmente;
- iv. Não devem ser usados fios verticais ou horizontais nas tabelas, exceto para separar cabeçalhos;



- v. Todas as colunas devem ter cabeçalho, sem negrito, apenas a primeira letra da palavra em caixa alta. Ex:
1. Idade dos pacientes;
  2. p-value;
  3. VCM (usar Ca).
- vi. Os dados das colunas devem estar alinhados;
- vii. Legenda:
1. Termo em caixa alta. Ex: VCM;
  2. Termo deve ser separado da descrição por um traço. Ex: VCM – volume corpuscular médio; RDW – ;
  3. Entre as legendas, usar ponto e vírgula;
  4. Usar sempre fonte menor que o texto da tabela;
  5. A forma de expressar resultados (% , n, média, mediana...) deve, idealmente, vir na legenda e não no corpo da tabela. Unidades de medida (mg, anos, segundos, etc.) devem, idealmente, vir no corpo da tabela. O teste estatístico utilizado deve, idealmente, ser mencionado também na legenda.
- f. **Figuras**
- i. Usar a denominação por extenso quando inserida no texto
  - ii. Quando em formato citação, usar maiúscula para a primeira letra e parênteses (Figura 1), ou minúscula quando parte do contexto.
  - iii. **Na legenda da figura** usar número em algarismo arábico, texto em caixa baixa, negrito.
- Figura 1**
1. Usar ponto para separar a denominação figura do título: **Figura 1.**
  2. A legenda da figura deve vir abaixo da mesma.
  3. Não usar molduras para as figuras.
- g. **Quadros**
1. **A citação do quadro no texto** deve ser feita em caixa baixa, quando inserida no contexto da frase e com a primeira letra em caixa alta, quando em formato citação. Ex: Os dados demográficos estão representados no quadro 1;



2. **No título do quadro** usar número em algarismo arábico, texto em caixa baixa, negrito. **Quadro 1**;
  3. Usar ponto para separar a denominação quadro do título: **Quadro 1**.
    - i. Título do quadro: Texto em caixa baixa, exceto primeira palavra ou nomes próprios, sem abreviaturas, negrito, sem ponto final;
    - ii. Devem ser fechados lateralmente;
    - iii. Podem ser usados fios verticais para separar colunas, tanto no cabeçalho quanto no corpo da tabela;
  - iv. Todas as colunas devem ter cabeçalho, sem negrito, apenas a primeira letra da palavra em caixa alta. Ex:
    1. Idade dos pacientes;
    2. Gênero;
    3. Fatores de risco;
    4. Os dados das colunas devem estar alinhados.
- i. **Legenda**
5. Termo em caixa alta. Ex: VCM;
  6. Termo deve ser separado da descrição por um traço;
  7. VCM – volume corpuscular médio;
  8. Entre as legendas, usar ponto e vírgula;
  9. Usar sempre fonte menor que o texto do quadro.
- h. **Anexos**
1. **A citação do anexo no texto** deve ser feita em caixa baixa, quando inserida no contexto da frase e com a primeira letra em caixa alta, quando em formato citação.

*O questionário utilizado para avaliação foi baseado no modelo proposto pela ASA, com modificações conforme apresentado no anexo 1.*

*O questionário utilizado para avaliação foi baseado no modelo proposto pela ASA. (Anexo 1).*
  2. Na apresentação do anexo usar algarismos arábicos quando houver mais de um ou apenas ANEXO;



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Enfermagem  
Acta Paulista de Enfermagem



3. Usar número em algarismo arábico, texto em caixa ALTA, negrito. **ANEXO 1**  
**ANEXO 2** ou **ANEXO**;
4. Usar ponto para separar a denominação anexo quando este tiver um título  
**Anexo 1**.
5. Deverão ser inseridos no final do artigo após as referências.

Devem ser inseridos após a Conclusão os itens abaixo:

- i. **Agradecimentos** (Caso hajam agradecimentos a serem feitos podem ser inseridos nesta seção. Trabalhos realizados com auxílios de instituições de fomento e/ou outros devem constar neste item)
- j. **Colaborações**



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Enfermagem  
Acta Paulista de Enfermagem



**Na seção Referências lembre-se de não exceder o limite de 30!**

**k. Referências**

- i. Numeradas com algarismos arábicos no formato 1, 2, 3, 4, etc...
- ii. Usar o termo **Referências**.