

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VANESSA BERTOGLIO COMASSETTO ANTUNES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE COLOMBO - PARANÁ**

SÃO PAULO, 2012

Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE COLOMBO - PARANÁ**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de São Paulo no Programa de Pós Graduação em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

SÃO PAULO, 2012

Você tem que encontrar aquilo que você gosta. E isso é verdade tanto para seu trabalho quanto para seus companheiros. Seu trabalho vai ocupar uma grande parte da sua vida, e a única maneira de estar verdadeiramente satisfeito é fazendo aquilo que você acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um ótimo trabalho é fazendo o que você ama fazer. Se você ainda não encontrou, continue procurando. Não se contente. Assim como com as coisas do coração, você saberá quando encontrar. E, como qualquer ótimo conhecimento, fica melhor com o passar dos anos. Então continue procurando e você vai encontrar. Não se contente.

Steve Jobs

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo privilégio de testemunhar de sua graça ao longo dos dias tão incertos e, também, por ter me dado a chance de desenvolver essa pesquisa. Obrigada por ter abençoado dias difíceis com momentos inesquecíveis e pessoas especiais. Obrigada por me suprir de forças para alcançar esse objetivo, esse sonho.

Aos meus pais, pelo incentivo nas horas de cansaço, nas horas de ânimo e de desânimo. Pelo apoio em cada viagem. E principalmente por terem me ensinado tantos valores sobre a vida. Um amor indescritível.

Às minhas companheiras, minhas irmãs, pela lealdade e disposição em ajudar.

Às minhas avós, exemplos de vida, pelas orações e palavras de apoio.

Às grandes amizades conquistadas nessa etapa. Inesquecíveis para toda a vida. Companheiras de hotel, de desabafo e principalmente compartilhadoras de muito conhecimento. Patrícia Gomes de Carvalho, Danielle Aparecida Pereira Braga, Rafaella Queiroga Souto e todas mais.

À professora Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, uma grande orientadora no projeto do mestrado e no projeto de vida pessoal e profissional. Um grande exemplo.

À professora Magda Andrade Rezende, por ter me aberto as portas da Escola de Enfermagem da USP. O grande começo.

Aos funcionários e docentes do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, pela convivência, carinho, respeito e apoio.

Aos colaboradores da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Colombo, por ter dado a oportunidade de trabalhar nas Unidades do município, em especial o Coordenador da Saúde da Criança, Daniel Ignácio da Silva. Um grande companheiro de trabalho.

RESUMO

Oliveira VBCA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança no município de Colombo-PR [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012

O presente estudo enquadra-se no campo cuidados em saúde e sua temática refere-se à avaliação do serviço de saúde da criança na rede básica do município de Colombo – Paraná. Constitui-se seu objeto o desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Estratégia Saúde da Família (USF) do município. Os objetivos foram: avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados relativos à APS no cuidado prestado na atenção primária às crianças, sob a ótica das suas famílias, e comparar o desempenho das UBS e USF quanto a esses atributos. Os sujeitos da pesquisa foram responsáveis por crianças de 17 a 22 meses cadastradas e assíduas às atividades das unidades de saúde do município, numa amostra aleatória total de 482 pessoas, sendo 247 das Unidades Básicas e 235 das Unidades de ESF. A coleta de dados foi feita em domicílio e o instrumento utilizado foi o Primary Care Assessment Tool (PCATool) versão criança, já validado em 2008 e utilizado como referência pelo Ministério da Saúde do Brasil. As entrevistas aconteceram entre junho e julho de 2012. As análises, com auxílio do “software” Statistica 10.1, incluíram o teste t de student para comparação de variáveis quantitativas e o teste qui-quadrado para variáveis qualitativas; para verificação da consistência interna dos itens do instrumento foi obtido o Alfa de Crombach para cada um dos atributos e para o instrumento total. Um estudo piloto foi realizado para garantir a eficácia do instrumento e da entrevista. O estudo seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. A pesquisa revelou que as Unidades de ESF obtiveram escores superiores ao mínimo exigido em Afiliação, Coordenação, Integralidade, Orientação Familiar e Acessibilidade, metade dos 10 atributos estudados, indicando que os responsáveis das crianças atendidas nessas unidades referem ter mais frequentemente acesso à utilização dos serviços de saúde, utilizam com mais frequência a unidade de saúde como porta de entrada para o sistema de saúde, estabelecem com maior constância um atendimento integrado entre os serviços e referem reconhecer a valorização dos profissionais quanto ao vínculo com a família. No que tange às UBS, todos os escores ficaram abaixo do ideal para a APS, apontando que essas unidades apresentam maior dificuldade em vincular seus usuários e reconhecê-los como parte de uma comunidade. Observou-se que os trabalhos de avaliação desempenham um papel fundamental no aprimoramento dos eixos de intervenção com o propósito de aderir ao foco do Ministério da Saúde em transformar os serviços de saúde em Atenção Primária. No município em questão, concluiu-se que as unidades de ESF estão mais próximas das diretrizes da APS do que as UBS, entretanto há a necessidade de rever as ações vinculadas à assistência à criança a fim de alcançar consonância com os atributos da APS em ambas as unidades.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde Infantil, Avaliação de Programas de Saúde.

ABSTRACT

Oliveira VBCA. Evaluation of the primary care of the child's health in the city of Colombo-PR [dissertation]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2012

This study is placed in the health caring field and its thematic refers to the evaluation of child's health care in the city of Colombo – Paraná. Its object of study is the performance of Basic Health Units (UBS) and the Strategy Units of Family Health (USF). The study aims: to evaluate both the presence and extention of the essential attributes and derivates relative to the APS regarding the care given at the primary care of the children at their family perspective, and to compare the UBS and USF attributes performance. This research subjects were responsible for 17-22 month-old children, registered and assiduous to the city health units activities, in a random sample of 482 people: 247 from the Basic Units and 235 from the ESF units. Data was collected at their houses and the Primary Care Assessment Tool (PCATool), children's version, was used. PCATool was validated in 2008 and used by the Brazilian Health Ministry as reference. Interviews were held between June and July 2012. The samples, using the software Statistica 10.1, included the t student test to compare the quantitative variants and the qui-square test, for qualitative variants; Crombach's Alfa was obtained in order to verify the intern consistency of instrument items for each one of the attributes and total instrument. A pilot study has been performed as to guarantee both the instrument and interview efficacy. This study followed Resolution 196-96 from Research Ethics National Council. The research revealed that the ESF units obtained scores higher than the minimum required in Affiliation, Coordination, Integrality, Familiar Orientation and Accessibility, half the studied attributes, indicating that the ones responsible for the children who attend those units refer to having more frequent access to health services, use more often the health unit as an entrance door to the health system, establish more constantly an integrated service and recognize the professional valorization regarding the bond with the family. Regarding the UBS, all the scores were below ideal for the APS, indicating that those units seem to struggle to bond with its users and recognizing them as part of a community. It has been observed that assessment works play a fundamental role in perfecting the intervention axis aiming at joining the Health Ministry focus, which is to transform health services into Primary Care. In that city it has been concluded that the ESF units are closer to APS directress than UBS, however it is necessary to revise the child assistance related actions in order to reach consonance with the APS attributes at both units.

Descriptors: Primary Health Care Services, Child Health, Program Evaluation and Health Projects

RESUMEN

Oliveira VBCA. Evaluación de la Atención Primaria de Salud de los Niños en la ciudad de Colombo-PR [disertación]. St. Paul Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, 2012

Este estudio se inscribe en el campo del cuidado de la salud y su tema se refiere a la evaluación de la salud de los niños servicio en el municipio principal de Colombo - Paraná. Constituye su objeto la realización de las Unidades Básicas de Salud (UBS) y Unidades de la Estrategia Salud de la Familia (USF) en la ciudad. Los objetivos fueron evaluar la presencia y extensión de los atributos esenciales y derivados relacionados con la APS en la atención prestada a los niños en la atención primaria, desde la perspectiva de sus familias, y comparar el rendimiento de UBS y USF sobre estos atributos. Los sujetos de la investigación fueron los responsables de niños de 17 a 22 meses registrados y las actividades asiduo de los servicios de salud en el municipio, un total muestra aleatoria de 482 personas, y 247 de las Unidades Básicas y 235 Unidades de FHS. La recolección de datos se llevó a cabo en el país y el instrumento utilizado fue la herramienta de Evaluación de Atención Primaria (PCATool) versión infantil, ya validado en 2008 y utilizado como referencia por el Ministerio de Salud de Brasil. Las entrevistas tuvieron lugar entre junio y julio de 2012. Los análisis con la ayuda del "software" Statistica 10,1, incluida la prueba de la t de Student para la comparación de variables cuantitativas y chi-cuadrado para variables cualitativas para comprobar la consistencia interna de los ítems del instrumento se obtuvo alfa de Cronbach para cada atributos y el instrumento total. Un estudio piloto se llevó a cabo para garantizar la eficacia del instrumento y la entrevista. El estudio siguió a 196/96 Ética de la Investigación Nacional. La investigación reveló que las unidades de FHS obtenido puntuaciones por encima del mínimo requerido de Afiliación, Coordinación, integridad, accesibilidad y Orientación Familiar, la mitad de los 10 atributos estudiados, lo que indica que las cabezas de los niños atendidos en estas unidades a menudo informan tener más acceso a la utilización de los servicios salud, use más a menudo la unidad de salud como puerta de entrada al sistema de salud, proporcionar una mayor coherencia con un servicio integrado entre los departamentos de reconocer y hacer referencia a la valoración de los profesionales para el vínculo con la familia. Con respecto a la UBS, todas las partituras estaban debajo de la ideal para APS, lo que indica que estas unidades tienen más dificultad para vincular a sus usuarios y reconocerlos como parte de una comunidad. Se observó que las evaluaciones juegan un papel clave en la mejora de las áreas de intervención con el fin de unirse a la atención del Ministerio de Salud en la transformación de los servicios de salud en atención primaria. En el municipio de que se trate, se concluyó que las unidades están más cerca de la APS FHS directrices de UBS, sin embargo hay una necesidad de revisar las acciones relacionadas con el cuidado de los niños con el fin de lograr la armonía con los atributos de ambos APS unidades.

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Salud Infantil, Evaluación de Programas y Proyectos de Salud

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Rede de Atenção Básica de Saúde e a cobertura da população estimada e domicílios. (SMS/ COLOMBO, 2009).....	46
Tabela 2 -	Características dos cuidadores das crianças atendidas nas Unidades de Saúde do município de Colombo, PR, 2012.	67
Tabela 3 -	Características das crianças atendidas nas Unidades de Saúde do município de Colombo, PR, 2012.....	69
Tabela 4 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para o item que compõe o atributo Grau de Afiliação . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	70
Tabela 5 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	70
Tabela 6 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	71
Tabela 7 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Longitudinalidade . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	72
Tabela 8 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Coordenação – Integração de Cuidados . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	73
Tabela 9 -	Valores médios respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Coordenação – Sistemas de Informações . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	73
Tabela 10 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	74
Tabela 11 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Integralidade – Serviços Prestados . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	74

Tabela 12 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Orientação Familiar . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012.....	75
Tabela 13 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo Orientação Comunitária . Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	75
Tabela 14 -	Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada um dos atributos que compõe a escala. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	COEFICIENTE DE NATALIDADE GERAL. * Por 1.000 habitantes.	47
Gráfico 2 -	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL. * Por 1.000 nascidos vivos.	47
Gráfico 3 -	Valores médios dos escores para cada um dos atributos relacionados às características organizacionais e de desempenho, segundo tipo de Unidade da Rede de Atenção Básica do município de Colombo – PR, 2012.	77

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	14
1.1	JUSTIFICATIVA	15
2	OBJETIVOS.....	19
3	QUADRO TEÓRICO	21
3.1	UM BREVE HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – INICIATIVAS PRECURSORAS DA ALMA ATA	21
3.1.1	Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde	24
3.2	UMA REFLEXÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS NA SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA.....	25
3.3	A IMPLANTAÇÃO DO PSF NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	29
3.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO BARBARA STARFIELD	32
3.5	O PCAT E A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	35
3.6	A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE AVALIAR EM SAÚDE.....	42
3.7	A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE COLOMBO	43
3.7.1	Caracterização demográfica e socioeconômica do município	43
3.7.2	Finanças municipais e investimento em saúde.....	44
3.7.3	Infraestrutura da Saúde.....	44
3.7.4	Indicadores de Saúde.....	47
3.7.5	A realidade da Saúde da Criança.....	48
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	53
4.1	MÉTODO DE ABORDAGEM	53
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	53
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	56
4.4	COLETA DE DADOS.....	58
4.4.1	Equipe de entrevistadores.....	58
4.4.2	Instrumentos de Coleta de dados.....	59
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4.6	ESTUDO PILOTO	63
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
5	RESULTADOS	66
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES	66

5.2	AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS UNIDADES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO – PR.	69
6	DISCUSSÃO.....	79
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	79
6.2	AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS UNIDADES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO – PR	82
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
	APÊNDICES	112
	Apêndice II - TCLE	123

Introdução e Justificativa

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Passados mais de 30 anos da Conferência da Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde se consolidou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde¹.

Segundo o documento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* (OPAS, OMS, 2007), cada país precisará encontrar sua própria forma de construir uma estratégia sustentável para fundamentar seu sistema de saúde com mais firmeza sobre a abordagem da APS². Esse mesmo documento aponta, ainda, que os países devem continuar a avaliar as inovações na APS, disseminar as melhores práticas e aprender como maximizar e sustentar seu impacto com o passar do tempo.

No Brasil, a APS também se fortalece como eixo estruturante dos sistemas de saúde municipais e segue o conceito definido por Barbara Starfield: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural³. Em 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu como modelo nacional de APS a Estratégia Saúde da Família e, desse modo, vem induzindo progressivamente o aumento do número de equipes da ESF pelo país⁴.

O município de Colombo, pertencente à região metropolitana de Curitiba (PR) está inserido no processo de mudanças na infraestrutura do setor municipal de

saúde. Atualmente, de acordo com o *Plano Municipal de Saúde de 2010*⁵, o município conta com 22 Unidades de Saúde, sendo nove dessas unidades já pertencentes à Estratégia Saúde da Família. A secretaria de saúde vem construindo um sistema de saúde com objetivos de orientação para a APS. Ao todo são 27 equipes qualificadas em ESF distribuídas ao longo das unidades. Apesar do Ministério da Saúde apoiar financeiramente a ESF por meio de incentivo, o custo da manutenção dessas equipes para o município é maior quando comparado ao modelo tradicional principalmente pelo diferencial de remuneração dos profissionais, estabelecido por legislação municipal⁵.

Esse estudo tem por objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos do cuidado prestado na Atenção Primária às crianças de 0 a 1 ano sob a ótica das suas famílias e comparar as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de ESF quanto aos atributos da APS.

1.1 JUSTIFICATIVA

A justificativa para o desenvolvimento da pesquisa baseia-se na sua relevância acadêmica e social e viabilidade técnica operacional.

Com relação à contribuição acadêmica, a pesquisa trata de um tema que ainda foi pouco estudado no país e que muitas vezes passa despercebido pelos serviços de saúde e pelos profissionais. O estudo também pretende contribuir com subsídios que possibilitem conhecimento acerca da ótica da família das crianças que se utilizam dos cuidados fornecidos pela Atenção Primária à Saúde, o que muitas vezes é considerado na perspectiva da satisfação do usuário. Entretanto, neste estudo, busca-

se a perspectiva do usuário entendendo-o não somente como consumidor de serviços, mas como parceiro na consolidação de práticas de promoção de saúde infantil. Assim, o conhecimento de sua visão sobre a atenção oferecida pode ampliar a compreensão sobre suas necessidades de atenção. Ainda no âmbito acadêmico, o desenvolvimento da pesquisa irá contribuir para a formação científica aprofundada da pesquisadora na área da saúde, visando desenvolver competências técnicas, científicas e ético-políticas para investigação, assistência e ensino em Enfermagem.

Para o cenário social, os resultados da pesquisa devem contribuir para a produção de saberes, visando aprimorar práticas da Atenção Primária, favorecendo a saúde da criança. Justifica-se, também, a pertinência desta investigação dentre as iniciativas que objetivam possibilitar a transformação dos usuários em agentes ativos do processo, com consciência de seus direitos de cidadania, que possam trazer a realidade atual do que vem ocorrendo na rede de atenção primária. Outro ponto importante da democracia participativa na gestão pública é a adoção de outras práticas que fomentem este tipo de gestão. Assim é necessário trazer sempre a voz do usuário para que as demandas, desejos e necessidades da população sejam compreendidos. Portanto, introduzir e desenvolver pesquisas que analisem, avaliem e interpretem suas demandas e necessidades é imprescindível para implementar os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e controle social, uma vez que ouvir e acolher o usuário são também formas de garantir o seu direito à saúde e cidadania.

No que concerne à relevância científica, a proposta apoia-se em dados estatísticos, segundo os quais, a cada ano cerca de quatro milhões de recém-nascidos morrem antes de completar 28 dias de vida e, nos países em desenvolvimento, o risco

de uma criança morrer é 14 vezes maior do que em um país desenvolvido. Segundo o UNICEF (2009), “a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos no Brasil caiu de 13 milhões em 1990 para 9,2 milhões em 2007, todavia o país ainda se encontra entre os 60 países com o registro de maior número de mortes infantis em 2005⁶.” Ao mesmo tempo em que a mortalidade persiste como um desafio, ressalta-se a “importância do cuidado integral à criança na primeira infância, que tem influência no sucesso escolar, no desenvolvimento da resiliência e autoestima, na formação de relações e autoproteção, visando a sua independência⁶.”

Finalizando, o projeto mostra-se relevante, nos âmbitos nacional e internacional, visto que outros estudos que seguiram a mesma vertente optaram por outros atributos (longitudinalidade, integralidade)⁷. Além disso, reintegra-se a importância deste estudo a partir de percepções de outros trabalhos, os quais indicam a “necessidade de uma maior produção científica no campo da Atenção Primária à saúde da criança, assim como uma maior interface entre centros acadêmicos produtores de conhecimento e a rede de serviços de APS nos distintos estados brasileiros⁸,” o que poderia representar uma estratégia de incremento do conhecimento sobre o tema e, também, servir para a sua socialização e qualificação dos serviços.

Objetivos

2 OBJETIVOS

- Avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados do cuidado prestado na atenção primária às crianças de 0 a 1 ano sob a ótica das suas famílias.
- Comparar as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Estratégia Saúde da Família quanto aos atributos de atenção primária.

Quadro Teórico

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 UM BREVE HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – INICIATIVAS PRECURSORAS DA ALMA ATA

A conferência de Alma se constitui em um marco na área de saúde com relação à Atenção Primária à Saúde¹. No entanto, as experiências e iniciativas nessa perspectiva já vinham se conformando e contribuíram para a elaboração da Declaração e Recomendações aprovadas na Conferência de Alma Ata.^{1,9}

A relação entre contexto social e as condições de saúde da população foi demarcada em 1847, quando Rudolf Virchow, por solicitação do governo da Prússia, realizou uma investigação sobre a epidemia de febre tifoide presente naquele momento em uma região daquele país¹⁰. Na conclusão desse estudo, o pesquisador recomendou reformas políticas, econômicas e sociais, no sentido de aumentar empregos, salários, melhoria na qualidade de vida da população residente na região da epidemia da doença, incluindo nessas transformações a educação, como também apontando para uma postura mais democrática nos processos de decisão das políticas de saúde¹⁰.

O médico inglês Bertrand Dawson, em 1920, já apresentava recomendações para estruturar os serviços de saúde recorrendo à integração das ações de cunho preventivo e curativo, individuais e coletivas. Também em relação à organização dos serviços de saúde indicava que esta deveria se pautar na regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população¹¹.

O arranjo proposto definia que os centros de saúde deveriam se constituir em portas de entrada para o acesso a outros serviços do sistema de saúde. Nos outros níveis do sistema estariam os centros de saúde secundários e hospitais para prestar a assistência a situações mais raras e de maior complexidade.

Os Estados Unidos apresentavam questionamentos acerca do impacto do sistema de saúde vigente no país. Em 1961, um estudo abordou questões pertinentes à eficácia dos seus serviços de saúde, concluindo que os usuários decidiam por si a forma como acessar uma das vias alternativas, diante de suas necessidades de saúde e ignorando o sistema oficial.¹²

Outros países, como o Canadá e a Prússia, estudaram o modelo de saúde vigente até então em seus países e o tema começou a mostrar-se relevante mundial. Em 1970, com o Relatório Carnigie, ficou denunciada a falência da medicina tradicional e as diretrizes emitidas neste relatório tem uma relação bastante estreita com as da Medicina Comunitária¹³.

As diretrizes da medicina comunitária: integração das ações curativas, promocionais e preventivas, a inclusão de práticas alternativas para legitimar ações médicas, a participação da comunidade na resolução dos problemas enfrentados e a instalação do trabalho em equipe, subsidiaram os trabalhos produzidos em Alma Ata¹¹.

A OMS, em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em ordem mundial, adotou um conjunto de princípios para apoiar a construção da base da Atenção Primária¹⁰. Conhecida como a Carta de Lubiana, ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- Direcionados para a atenção primária.

Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a “obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje esse projeto é conhecido como “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Essa meta teve um grande impacto na formulação da Atenção Primária à Saúde. Tanaka (1992) salienta que muitas das metas específicas definidas em Alma Ata já foram alcançadas em países industrializados¹⁵, os quais podem ressaltar programas de longa duração para grande parte das atividades: fornecimento de alimentos, de água potável, saúde materno-infantil, imunizações e controle de doenças endêmicas, tratamento básico de problemas de saúde e fornecimento de medicamentos essenciais¹⁵.

No contexto brasileiro, em 1988, com a Constituição Nacional, veio a determinação da saúde como um direito de todos. O marco legal do estabelecimento do SUS se deu com a lei 8.080, de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceu os princípios básicos do SUS, um sistema público de saúde com objetivo central de buscar a equidade no acesso aos serviços de saúde e no estado de saúde da população¹⁶.

Na segunda metade dos anos 90, a política de saúde do Brasil apresentou como características principais a implantação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação que visavam maximizar a equidade e a efetividade do SUS¹⁶.

3.1.1 Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde

Em busca do fortalecimento dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional¹². Esses países organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para a Atenção Primária à Saúde¹².

Ao longo da história nacional recente, alguns estados e municípios tomaram iniciativas pontuais com políticas de saúde que destacavam alguns dos atributos da APS. A primeira manifestação escrita e estruturada da APS foi desenvolvida em 1974 por um grupo de profissionais do então Centro Médico Social São José do Murialdo, da Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul, no município do Porto

Alegre. A partir desse marco, surgiram, no Brasil, muitas experiências da APS localizadas e não articuladas entre si, mas muitas delas não resistiram à falta de incentivo dos governos na década de 80 e outras dificuldades políticas e estruturais locais¹⁷. Todas essas iniciativas antecederam a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e algumas ainda se mantêm na assistência das comunidades em paralelo a outras políticas públicas¹⁸.

Até hoje se tem feito um esforço diferenciado para a implantação dos pressupostos da APS em inúmeros municípios. Sabe-se que Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará e Rio Grande do Norte são os estados onde se tem os maiores números de municípios com implantação da APS¹⁹.

3.2 UMA REFLEXÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS NA SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA

Os programas de atenção à saúde infantil, historicamente, seguiram a mesma ótica dos programas de assistência à saúde, “voltados para o tratamento da doença e sob a forma de cuidados médico-hospitalares”²⁰. Resultando desse modelo, as unidades de pronto atendimento se constituíram como a “principal forma de acesso ao sistema de saúde, concluindo em número excessivo de internações e procedimentos desnecessários, onerando financeiramente o sistema e trazendo consequências relevantes para a população”¹. O sistema de saúde brasileiro carecia de mudanças profundas e radicais.

Em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, um novo modelo foi proposto considerando as limitações do modelo vigente até então. Iniciou-se uma corrente de

pensamento em torno da “inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento socioeconômico, emergindo a atenção primária à saúde em nível mundial”¹⁻⁹. O modelo foi corretamente citado por Saparolli e Adami (2010):

Este modelo recebe o nome de Atenção Primária à Saúde e é entendida como um conjunto de ações que visam à promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação nos âmbitos individual e coletivo, envolvendo práticas gerenciais e sanitárias de naturezas democrática e participativa. É considerado o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, com capacidade para resolver um elenco de necessidades que extrapolam a intervenção curativa individual e são denominadas de necessidades básicas de saúde²¹.

A atenção primária orienta-se pelos princípios e conceitos que também regem o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. “Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e sempre com base em sua inserção sociocultural”¹⁹. Ademais, o Ministério da Saúde¹⁹ destaca também os fundamentos que preconiza a Atenção Primária:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada principal do sistema de saúde, como território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância ao princípio de equidade.
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe, além da coordenação do cuidado na rede de serviços.
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação.

- Estimular a participação popular e o controle social.

Visando uma “reformulação do cuidado à saúde da criança nesse novo modelo, criaram-se estratégias com objetivo de reduzir a taxa de morbidade e mortalidade infantil na faixa etária de 0 a 5 anos²².” Em 1984, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Previdência Social, aprovou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), condizendo com as propostas vigentes naquele momento²².

Após a implantação do Programa, foram realizadas avaliações que concluíram que as “ações do PAISC não contribuíram para a integralidade da atenção – um dos princípios do SUS – uma vez que tais ações se limitavam à sobrevivência daqueles que vivem em extremas condições de pobreza²⁰.” Isso porque “o programa se restringia a ações de pronto atendimento, assistência fracionada entre os diversos profissionais, com anamnese restrita às queixas e respostas pontuais aos problemas apresentados²³.”

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas em Favor da Infância (UNICEF) propuseram a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a qual tem a

“finalidade de reduzir a mortalidade infantil, reforçar o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança e fortalecer a capacidade de planejamento e resolução dos problemas no nível primário de atenção, colocando à disposição do pessoal da saúde, ferramentas mais apropriadas para lidar com os agravos prevalentes na infância²⁴.”

Os resultados obtidos, a partir da implantação dessa estratégia, evidenciaram “melhora da captação de esquemas incompletos de vacinação e uso apropriado de

medicamentos, além de ampliar o conhecimento dos pais sobre o cuidado dos filhos em domicílio¹².”

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou que “o Brasil tem queda sustentada de mortalidade infantil⁴.” Entre 1990 e 2008, a mortalidade neonatal caiu 36% (a quantidade de óbitos baixou de 46.893 para 29.881).

No mesmo período, a mortalidade infantil geral (de 0 a 12 meses de vida) teve redução de 54% - o número de mortes caiu de 95.476 para 43.601²⁵.”

Em 2011 a revista *The Lancet*²⁶ publicou um artigo que confirmou que os coeficientes de mortalidade na infância, no Brasil, decresceram acentuadamente nas últimas três décadas, com taxa anual de decréscimo de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% nos anos 2000 a 2008, atingindo vinte mortes por 1000 nascidos vivos em 2008. O artigo também mencionou, neste período, uma redução nas desigualdades regionais, assim como as disparidades sociais, embora em menor grau.

De acordo com o estudo, em 1990, o índice de mortalidade infantil na região nordeste foi 2,6 vezes maior que na região sul; em 2007 esta relação caiu para 2,2. O estudo especificou a redução de mortalidade de acordo com as doenças prevalentes na infância, de acordo com a definição da AIDPI e os resultados apontaram declínio mais acentuado nos óbitos por diarreia e doenças respiratórias, com reduções de 92% e 82% respectivamente.

Nota-se que na década de 90 ainda havia determinados “fatores que precisavam ser revistos ou aprimorados, a fim de garantir os pressupostos do Sistema Único de Saúde¹²” e dar continuidade no processo de redução dos índices. Dessa

forma, o Ministério construiu um Programa que pudesse preencher as lacunas até então presentes.

3.3 A IMPLANTAÇÃO DO PSF NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No final dos anos 80 e início dos anos 90, muitos países ocidentais iniciaram o “processo de reforma sanitária conhecido como terceira geração das reformas do setor saúde, que na América Latina alcançou intensidade e características diferenciadas internamente e em relação aos países europeus²⁷.”

No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo a partir da criação do Programa Saúde da Família, em 1994. “A experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários (PACS) no nordeste do país parece ter sido um fator desencadeante desse processo, dentro de um contexto político e de incentivo financeiro aos municípios, no SUS²⁸.”

“O programa de Saúde da Família (PSF) vem assumindo, desde o final da década de 90, pelo Ministério da Saúde, como a principal estratégia de reorganização da Atenção Primária no país²⁷.” Em 2004, o PSF já abrangia 80,2% dos municípios brasileiros, mas cobria apenas 36,4% da população⁴, o que demonstra maior expansão inicial nos municípios de menor concentração populacional. Nos anos seguintes, a expansão continuou e “hoje a cobertura da saúde da família já alcança 50,7% da população brasileira²⁹.” O número de equipes de saúde da família passou de pouco mais de 2 mil em 1998 para aproximadamente 30 mil equipes em 2008.

Assim, hoje, a atenção primária no Brasil convive com duas realidades distintas: “Unidades de PSF que contam com Equipes de Saúde da Família (ESF) em conformidade com as normas do Ministério da Saúde e também obedecem ao preceito da delimitação da área de abrangência com adscrição da clientela, e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, que contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e gineco-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e apoio técnico²⁵.” Nessas, há também a presença de diversas especialidades (oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, entre outros), distribuídos irregularmente pelas unidades. “A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Nesse caso, não há adscrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde³⁰.”

Diante do novo cenário da saúde no país, tornou-se necessário discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde, principalmente porque os profissionais que se integraram a essas equipes de saúde da família, e, em geral, ainda se formaram dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde³⁰. Silva e Caldeira (2010) afirmam que não há dúvidas de que, “ao longo dos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país²⁸.” Entretanto, estes autores questionam o fato de ser possível afirmar o quanto a implementação da estratégia tem implicado em efetiva reestruturação do modelo assistencial, tampouco é possível perceber, sem ferramentas avaliativas adequadas, os alcances e limites da estratégia. Afirmam ainda, que a literatura nacional apresenta poucas referências sobre avaliação da ESF,

o que dificulta o conhecimento científico sobre o desenvolvimento adequado dos atributos da atenção primária.

Junior *et al* (2008) dizem que a ESF vem sendo acompanhada por meio de um conjunto de indicadores e de metas estabelecidas em um processo de pactuação³¹, todavia estes dados, por si só, não são suficientes para institucionalizar as práticas de monitoramento e avaliação da reestruturação do modelo. Os mesmos autores garantem que essa limitação é particularmente evidente quando se indaga sobre o impacto das ações empreendidas no que tange à realização dos princípios da integralidade, da universalidade e, da equidade no acesso e na participação da família.

Muito é questionado sobre a diferença entre o conceito de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. “No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais: a expressão ‘Atenção Básica’ foi oficializada pelo Governo Federal, embora em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de ‘Atenção Primária à Saúde’³².” Conclui-se, portanto, que “os termos citados são considerados sinônimos (...) com o propósito de unificar o termo, tem se utilizado com maior frequência ‘Atenção Primária à Saúde’³².” Assim, o presente estudo fará uso do termo “Atenção Primária à Saúde” com objetivo de se acomodar à linguagem internacional.

Muitos são os autores que refletem sobre a concepção de Atenção Primária no âmbito das estratégias atuais^{30,31,32,33,34}.” A seguir, aborda-se um conceito muito utilizado, inclusive pelo Ministério da Saúde, para clarear esta definição.

3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO BARBARA STARFIELD

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, “diversos autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde^{32,33,34}.”

Barbara Starfield é especialista em Atenção Primária e professora da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore – USA, onde desenvolveu uma definição bastante utilizada na esfera mundial. Teve seus estudos validados nos Estados Unidos, além de outros países, como o Brasil³⁵.

Para a autora, existem inúmeras evidências que associam a atenção primária com melhores resultados na saúde. Em um foro na Revista *Gerencia y Politicas de Salud* (2001), Starfield³⁵ cita resultados de estudos focando vantagens da APS em comparação aos serviços de saúde por especialidades. Segundo ela, esses serviços são mais caros que a atenção primária, e, como consequência, menos acessíveis à população mais carente; além disso, a atenção primária tem organização menos hierárquica, tornando-a mais flexível e pode responder mais rapidamente às mudanças da comunidade. Starfield garante que a “atenção primária é mais acessível a nível organizacional do que a saúde por especialidades³⁵.”

Diante dessas justificativas, nos últimos anos, vem utilizando a definição da atenção primária à saúde defendida por Starfield, a qual afirma que “APS é o meio pela qual as duas metas de um sistema nacional de saúde – otimização da saúde e equidade na distribuição de recursos – se equilibram³⁶.”

Segundo Starfield, a Atenção Primária é 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 terceiros³⁷. A autora afirma em suas publicações que a Atenção Primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas, voltadas para o diagnóstico, prevenção, exames e outras estratégias para o monitoramento clínico, mas sim uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os níveis de atenção³⁸. Trata-se de um sistema com um conjunto de funções, que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária. São elas: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção e prevenção, tratamento e reabilitação e o trabalho em equipe³⁷.

Starfield complementa afirmando que a Atenção Primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e residências³⁹.

A autora define Atenção Primária como o “primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, que se caracteriza pela presença de 4 atributos³⁶.” São eles:

- Primeiro contato: implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio de um mesmo problema.

- Continuidade (Longitudinalidade): a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Ademais, a conexão entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre os pacientes e seu médico ou outro profissional de saúde.

- Integralidade: A Atenção Primária deve organizar-se de forma tal que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários [...] isso implica a referência à atenção secundária ou terciária. Cabe aos profissionais também identificar de forma adequada problemas de todo tipo, sejam orgânicos, funcionais ou sociais.

- Coordenação: Exige a existência de algum tipo de continuidade, assim como a identificação de problemas abordados em outro serviço e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente.

Starfield complementa os atributos acima com outros 3, por ela definidos como atributos derivados. Segundo a autora, estes são tão fundamentais quanto os demais, formando um elo de complemento para o serviço de Atenção Primária à saúde. Os atributos derivados são:

- Atenção centrada na família (Orientação Familiar): Refere-se ao conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças.

- Orientação Comunitária: Refere-se ao conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- Competência Cultural: Refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.³⁶

Shi, Starfield e Jiahong (2001) afirmam que estes atributos “podem ser avaliados separadamente, apesar de apresentarem-se intimamente inter-relacionados na prática clínica⁴⁰.” Por conseguinte,

um serviço de saúde dirigido à população 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.¹⁹

O mesmo autor afirma que “a identificação empírica dos atributos da atenção primária à saúde permite, também, verificar a associação entre esses atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população⁴⁰”. Complementando, Elias et al (2006) garantem que as dimensões da Atenção Primária propostas por Starfield se “revestem de especial importância para a análise das potencialidades das principais modalidades de Atenção Primária vigentes no Brasil³⁰.”

A autora³ desenvolveu um instrumento, já validado no Brasil, que permite “mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde em serviços de atenção à saúde infantil, chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) – Instrumento de Atenção Primária⁴⁰.”

3.5 O PCAT E A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Reafirmando os princípios do SUS, “o PSF se expandiu rapidamente e passou a assumir o status de ‘estratégia’. A rápida expansão confirmou a importância e a necessidade de discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde²⁸.” Essa necessidade se acentua pelo fato de que os profissionais que integram as equipes ainda se formam dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde²⁸.

Essa direção também é apontada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – que no documento *Acompanhamento e avaliação da atenção básica* do Ministério da Saúde (2004), assinala como uma das responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde no campo da política de saúde voltada à APS “realizar acompanhamento, avaliação e regulação dos serviços de Atenção Primária visando sua qualificação”⁴¹.

Ao longo dos últimos anos, a ESF tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no Brasil (The Lancet, 2011)²⁶. Todavia, Silva e Caldeira (2010) dizem não ser possível afirmar de forma absoluta o quanto a implementação da estratégia tem implicado em efetiva reestruturação do modelo assistencial²⁸. Para os mesmos, tampouco é possível perceber, sem ferramentas

avaliativas adequadas, os alcances e limites da estratégia. Discussões similares são necessárias para resgatar o nível de transformação do modelo assistencial que a ESF tem alcançado ou pode alcançar.

Macinko (2004) concorda que a expansão da estratégia propiciou a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários. Entretanto, o autor afirma que isto “não implica mudanças dos processos de trabalho desses profissionais, que mantendo a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica desenvolvem parcamente os atributos da Atenção Primária propostos por Starfield⁴².”

Felisberto (2004) revela que “a qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas⁴³.” Entretanto, Silva e Caldeira (2010) mencionam que “a literatura nacional apresenta poucas referências sobre o tema e as experiências de utilização dos instrumentos propostos também carecem de maior divulgação e padronização.”²⁸

Paim (2005) afirma que diversas iniciativas para a avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva, nas últimas três décadas, e ressalta que na presente pode-se afirmar que o interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico, e que o próprio Ministério da Saúde tem encontrado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiamento externo, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes⁴⁴.

Furtado e Laperrière (2011) afirmam que, no Brasil, a avaliação desperta crescente interesse a partir de 1990, quando a ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumenta, no contexto da Constituição de 1988,

que amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros⁴⁵. Os autores garantem que as ações do SUS configuram-se como um grande projeto social no país, o que o torna alvo de questionamento sobre sua eficiência e efetividade, estimulando o surgimento de demandas por avaliações sistemáticas.

Em recente publicação, Figueiró (2010) reforça os aspectos destacados por Paim e afirma que no campo das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando uma centralidade nas organizações⁴⁶.

A fim de compreender os fins desse processo, por muitos considerado como “complexo e sensível”³¹, é necessário conhecer os conceitos de avaliação propostos por alguns autores.

Miranda (2005) destaca três objetivos de uma avaliação: o de conhecimento – para se conhecerem meios, condições, resultados e impactos de intervenção; o de verificação – para prestação de contas das ações, julgar a eficiência e a eficácia; e o de produzir recomendações – detectando dificuldades e obstáculos visando à correção para a melhoria da qualidade⁴⁷.

Conill (2004) conceitua avaliar como a “realização de um julgamento de valor, o que implica no reconhecimento da existência de diferentes olhares sobre uma mesma realidade⁴⁸.” O autor ainda reforça que é preciso cautela para que não haja excesso de indicadores com uma externalidade acadêmica ou tecnocrática na coleta de informações. Junior *et al* (2008) ressalta que o termo avaliação pode ter uma conotação negativa, assumindo proposta de “punir, disciplinar ou retaliar ações indesejadas”³¹. Todavia é de fundamental importância dessa ação na Atenção Primária, por meio da “compreensão e acompanhamento das características do arranjo institucional e da política de saúde, por entender que tais características

definem um campo de possibilidades e de limites para os resultados da consolidação do modelo da ESF³¹.”

No campo da saúde, a avaliação é uma ferramenta imprescindível, pois a saúde se insere na ordem das políticas públicas segundo a Constituição Brasileira de 1988, enquanto um direito social e de responsabilidade do Estado⁴⁹.

Tanaka e Melo (2004) enfatizam que a avaliação nos serviços de saúde é ou deve vir a ser um procedimento habitual e cotidiano na gestão, articulando ações técnicas e administrativas⁵⁰.

Para a construção do PCAT, Starfield se baseou em conceitos de Avedis Donabedian, considerado o autor mais conhecido e citado em pesquisas de avaliação. Este desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade⁵¹.

A estrutura é definida por recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde. Inclui também financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. O processo envolve atividades desenvolvidas por profissionais de saúde e sua relação com os pacientes, podendo ser considerada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo⁵¹. Como produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativa, tem-se o resultado.

Em outro modelo, Donabedian (1990) ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade⁵¹. Por eficácia, o autor entende sendo a “capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais

favoráveis⁵¹.” Efetividade pode ser mais bem especificada como sendo “o grau em que o cuidado alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis⁵¹”. Já a eficiência é a “medida do custo com o qual é dada uma melhoria na saúde⁵¹.” A otimização torna-se relevante à medida que os “efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos.” Aceitabilidade é sinônimo de “adaptação do cuidado às expectativas dos usuários e suas famílias.” Semelhante, a legitimidade é a “aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade em geral.” Por fim, equidade é o “princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população⁵¹.”

Com base nesse pensamento, esforços da comunidade científica dessa área de atuação merecem ser feitos na busca por modelos e ferramentas de avaliação que possam dar conta de buscar a melhoria da qualidade da saúde infantil⁴³.

Nesse sentido, Starfield desenvolveu um instrumento pioneiro que pode “suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a efetividade da Atenção Primária, com consequências importantes para a definição de políticas públicas³⁶.” Esse instrumento vem ao encontro da proposta do Ministério da Saúde, que reitera o compromisso de buscar cumprir os princípios das ações e serviços de saúde destinados aos indivíduos, às famílias e à comunidade. É considerado de “avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito das rotinas do Programa de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil^{36,40}.”

O PCAT baseia-se na mensuração de aspectos de “estrutura, processos e resultados dos serviços³.” “O instrumento apresenta originalmente versões auto

aplicáveis destinadas a avaliação da atenção à criança (PCAT versão criança), a adultos maiores de 18 anos (PCAT versão adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente de saúde³⁸.” “Em todas as versões, são incluídos os atributos essenciais e derivados, os quais podem, dependendo do critério, ser avaliados separadamente³⁸.”

Harzheim (2006) afirma que este instrumento “permite mensurar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à saúde também em serviços da atenção à saúde infantil³⁸.” Para esse mesmo autor, o instrumento permite, por meio da experiência dos cuidadores das crianças, “identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca de qualidade no planejamento das ações³⁸.”

O PCAT já foi validado nos Estados Unidos e no Brasil. Em sua versão validada para crianças e adultos, este já foi utilizado em diferentes contextos nos Estados Unidos, possibilitando uma forma consistente de avaliar e investigar os atributos e suas relações, além dos serviços e os resultados em saúde³⁸. O autor, que validou o instrumento no Brasil, afirma:

resultados obtidos no processo de validação do PCAT Brasil mostraram que os itens referentes aos oito atributos da atenção primária à saúde possuem validade e confiabilidade suficientes para sua aplicação em outros estudos sobre a saúde infantil no Brasil.

Harzheim (2006) garante que o PCAT é fundamental para avaliação pesquisa da ESF no Brasil em busca de “maior efetividade e eficiência na atenção à saúde³⁸.” A avaliação rigorosa dessas iniciativas é fundamental para a definição de políticas públicas relacionadas à prática de Atenção Primária à Saúde. Ainda, Starfield diz que a disponibilidade de um instrumento que mensure a extensão da Atenção Primária à Saúde permite a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade.

Diversos pesquisadores já utilizaram o PCAT para avaliar atributos definidos por Starfield.

Elias *et al* (2006) garantem que seu estudo possibilitou confirmar as potencialidades do “PCAT como instrumento de aferição da Atenção Primária da perspectiva de pelo menos três atores muito relevantes: os gestores, os profissionais e, sobretudo, os usuários³⁰.”

No Brasil, Carvalho realizou um dos primeiros estudos após a implantação do SUS, por meio da análise programática do Rio de Janeiro⁵². Mais recentemente, Ortiga enfocou os efeitos da descentralização no acesso e na integralidade da atenção nos sistemas municipais, sob a ótica dos gestores, profissionais e conselheiros de saúde⁵³. Na região sul do Brasil, outros estudos foram realizados neste enfoque⁴⁸.

O instrumento também foi utilizado para avaliar a reforma da atenção primária na Espanha⁵⁴, em estudo acerca das diferenças na qualidade da atenção primária no ‘management care’ americano⁵⁵ e para identificar se a definição de atenção primária estabelecida pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos expressava-se no exercício de algumas especialidades, avaliando-as por meio do atributo continuidade⁵⁶.

É de consenso dos autores^{48,54,55,56} que utilizaram o PCAT que, com base nos atributos definidos por Starfield, é possível determinar se os sistemas de saúde são ou não orientados à Atenção Primária à Saúde, ou seja, a presença e extensão desses atributos, estando presentes, promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade.

Dessa forma, a utilização do PCAT na realidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil, isto é, na população sob cuidados das Equipes de Saúde

da Família, permite identificar em que grau de orientação à APS estão nossas equipes³⁸.

3.6 A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE AVALIAR EM SAÚDE

Wright e Leahey (2009), conhecidas estudiosas das famílias, mostram em seus estudos que está se desenvolvendo uma rica tradição na literatura no que se refere ao envolvimento de famílias nos cuidados de saúde, mais especificamente nos últimos 30 anos⁵⁷. “Alguns textos clássicos e mais recentes de saúde da família permitiram o aparecimento de uma nova linguagem para denominar, descrever e comunicar a respeito do envolvimento das famílias no cuidado de saúde^{57,58}.”

A evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar de seus membros, bem como a influência sobre a doença, “impõe e obriga os profissionais de saúde a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática do cuidado,”⁵⁸ portanto, a equipe de saúde tem o compromisso de incluir as famílias nos cuidados ao paciente. Entretanto, “esse enfoque do cuidado só pode ser alcançado com responsabilidade e respeito, estabelecendo-se profundas avaliações e intervenções relacionais com a família⁵⁹.”

Em um dos seus estudos, Whright (1989) cita que “à medida que os profissionais de saúde elaboram teorias, conduzem pesquisas e incluem mais famílias nos cuidados, elas modificam seus padrões usuais da sua prática⁵⁸.” A implicação dessa mudança é que os envolvidos na prática clínica precisam se tornar competentes

na avaliação e intervenção com famílias por meio de relacionamentos entre ela e a família.

A dimensão do cuidado à criança na Atenção Primária pode ser considerada complexa, pois envolve atenção à criança em parceria com a família. “Por isso, justifica-se a necessidade da avaliação deste relacionamento com as famílias na atenção primária a fim de garantir que os propósitos desse modelo de assistência, juntamente com os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, sejam realmente realizados. Santos *et al* (2009) afirma:

Conhecer a compreensão das famílias sobre o atendimento às crianças pode evitar complicações no crescimento e no desenvolvimento da criança, tendo ainda redução de custos vindos de hospitalizações desnecessárias, além de apontar aspectos importantes provenientes da prática pela escuta dos próprios usuários, contribuindo para a otimização da prática e do desenvolvimento da pesquisa⁶⁰.

Conhecer o que a família revela sobre os serviços prestados é uma forma de conhecer resultados, pois um dos objetivos desejado do processo de produção dos serviços de saúde é ofertar satisfação aos usuários.

3.7 A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE COLOMBO

3.7.1 Caracterização demográfica e socioeconômica do município

Colombo originou-se por desmembramento de Curitiba em fevereiro de 1890, tendo como gentílico “colombense” e contando com uma área territorial de 197,805 km². Contém 55.442 domicílios, sendo 4,8% deles na área rural⁶¹. As mais recentes estimativas populacionais são de 233.916 habitantes, com incidência de pobreza de 44,91%⁶². A população de crianças de 0 a 1 ano é de 5.198, de 1 a 4 anos de 20.836.

Resumidamente, as atividades econômicas colombenses consistem em serviços (comércio varejista, alimentação, manutenção e construção civil), agropecuária (principalmente horticultura e pecuária, destacando-se para galináceos e bovinos), produção mineral (importante atividade local na produção de dolomita, granito e sericita). O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$ 5.615,00⁶¹.

3.7.2 Finanças municipais e investimento em saúde

Do total de receitas municipais em 2008 (R\$ 171.719.181,11) empregou-se R\$ 148.132.672,48 em despesas totais, correntes e de capital, sendo 54% das primeiras em encargos sociais, totalizando R\$ 72.386.438,72. Também do total de despesas, 20,3% foi investido em saúde, totalizando R\$ 30.047.194,03 (Secretaria Municipal da Fazenda)⁶¹.

3.7.3 Infraestrutura da Saúde

Colombo pertence à 2ª Regional de Saúde, inserida na Macro Região Leste do Paraná⁶³. Esta é uma informação relevante haja vista que Colombo não possui um Hospital Geral Regional para dar suporte à toda microrregião. Quanto à infraestrutura do setor municipal público de saúde, está assim constituída:

- Um hospital de pequeno porte filantrópico credenciado ao SUS:
Irmandade Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Rosário;
- Um hospital-maternidade municipal em co-gestão com a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba: Hospital de Maternidade Alto Maracanã;

Quadro Teórico

- Dois Pronto-Atendimentos 24 horas (Alto Maracanã e Osasco);
- 21 unidades básicas de saúde, sendo 09 destas unidades inseridas na Estratégia Saúde da Família com 27 equipes qualificadas;
- 01 Unidade de Saúde da Mulher, em imóvel locado;
- Um ambulatório de saúde mental;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), em imóvel locado, inaugurado em 2006;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS-ad), em pleno funcionamento;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS-i), com foco em álcool e outras drogas, em fase de implantação.
- Um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) / SAE (Serviço de Atendimento Especializado) para portadores de DST/AIDS;
- Um Setor de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental);
- Um Centro de Distribuição de Medicamentos e Materiais, interligado a cinco farmácias municipais;
- Uma Central de Ambulâncias;
- Centro de Especialidades Odontológicas e

- A estrutura da SMS – sede Alto Maracanã e sede Sede.

A tabela 1 detalha a rede básica municipal de saúde de acordo com o projeto de distritalização, indicando a estimativa de abrangência populacional e o número de domicílios.

Tabela 1 - Rede de Atenção Básica de Saúde e a cobertura da população estimada e domicílios. (SMS/ COLOMBO, 2009)

UNIDADE DE SAÚDE	ESTRUTURA	DOMICÍLIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA
Bacaetava	UBS	466	1864
CAIC	UBS	6772	27088
Capivari	UBS	772	3088
Osasco	UBS	7996	31984
Santa Tereza	ESF	1954	7816
São Domingos	ESF	3114	12456
Sede	UBS	2738	10952
Alexandre Naldony	ESF	3643	14572
Alto Maracanã	UBS	4883	19532
Atuba	ESF	2669	10676
Jd. Graças	ESF	1805	7220
Nossa Sra. Fátima	UBS	5025	20100
Guaraituba	ESF	3347	13388
Quitandinha	UBS	3964	15856
Jd. Cristina	ESF	2440	9760
Jd. Paraná	UBS	1203	4812
Liberdade	UBS	1525	6100
Mauá	UBS	2956	11824
Monte Castelo	ESF	3001	12004
São Dimas	UBS	1297	5188
São José	ESF	3396	13584

O município possui 27 equipes de saúde da família e oferece uma cobertura de 39% de sua população total; os distritos sanitários Sede e Maracanã possuem, respectivamente, as menores e maiores coberturas de ESF do município (24 e 37%)⁶³. Mesmo com essa cobertura razoável (a capital Curitiba atinge hoje 34%), as condições de trabalho das unidades de saúde de Colombo ainda estão algo distante das ideais. Atualmente, o município, aprovado para a segunda fase do Programa de

Expansão do Saúde da Família (PROESF), objetiva a expansão da ESF – visando atingir pelo menos 50% da cobertura do território⁵.

3.7.4 Indicadores de Saúde

Nos gráficos 1 e 2, podem-se observar os coeficientes de natalidade e mortalidade infantil do município de Colombo, sendo que, a partir de 2006, alguns dados são preliminares⁵.



Gráfico 1 - COEFICIENTE DE NATALIDADE GERAL. * Por 1.000 habitantes.

Fonte/SESA/ISEPCIDS/SINASC; SESA/ISEP/CIDS/SIM.



Gráfico 2 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL. * Por 1.000 nascidos vivos.

Fonte/SESA/ISEPCIDS/SINASC; SESA/ISEP/CIDS/SIM.

Pode-se observar que, nos períodos analisados, a natalidade e a mortalidade gerais regrediram discretamente no município.

Em 1940, a mortalidade infantil no Brasil era de 150 óbitos por mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil, classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em: altas ($\geq 50 / 1000$); médias (20 - 49 / 1000); baixas ($< 20 / 1000$) e ideais ($< 10 / 1000$), revelam sobremaneira as condições de saúde das populações e trata-se de um indicador de desenvolvimento econômico e social⁶³.

O coeficiente de mortalidade infantil de Colombo, no período analisado, pode ser considerado baixo – pela classificação da OMS – e, em 2007 pode ser classificado como ideal, pelo mesmo parâmetro⁵.

3.7.5 A realidade da Saúde da Criança

A coordenação de Saúde da Criança na Atenção Básica do município de Colombo preconiza que o núcleo central da assistência à saúde infantil é composto pela atividade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a qual é fundamental para a integração das ações de prevenção de agravos e de promoção de saúde. Além disso, desenvolve atividades como o procedimento de avaliação nutricional e o acompanhamento evolutivo periódico de ganho de peso, que visam à prevenção precoce da desnutrição e a análise do crescimento da criança, com a estratificação do maior risco de morbimortalidade.

O município conta com os Sistemas de Informação em Saúde como apoio ao planejamento e à gestão municipal. São eles: o Sinasc (Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos), que permite monitorar os nascidos vivos, o Siab (Sistemas de Informações da Atenção Básica), que monitora os cadastros das famílias acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelas equipes de Saúde da Família e o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Não há um sistema informatizado específico voltado para o monitoramento de saúde da criança⁶⁴.

Recentemente, o município buscou reorganizar a gestão de suas ações de atenção à Saúde da Criança com a implantação de uma coordenação específica de saúde materno-infantil vinculada ao Departamento de Atenção Básica⁵.

Várias ações têm surgido com o propósito da reorganização da gestão. A fase neonatal é definida com cuidados fundamentais voltados ao aleitamento materno, vacinas, manejo de doenças, estado nutricional, ações para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a prevenção de acidentes⁶³. Antes da implantação da reorganização, a captação dos nascidos vivos e a atenção à saúde da criança eram realizadas sem sistematização, centralizada no atendimento à demanda espontânea. Atualmente, protocolos assistenciais para a Atenção Básica estão sendo implantados com o propósito de expandir a sistematização da Atenção Básica à Saúde da Criança⁶³.

Desde 2006, há o acompanhamento do estado de saúde nutricional individual em 100% das unidades de saúde para as crianças⁶³. Esse monitoramento tem sido importante para o conhecimento dos dados vinculados à Saúde da Criança, tendo sido garantido com o advento da obrigatoriedade do envio de dados referentes ao

estado nutricional e de crescimento por meio do Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)⁶⁵. Esse sistema tem a finalidade de dar suporte aos programas sociais, como o Programa Bolsa Família (programa federal), Programa Leite das Crianças (programa estadual), assim como programas da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e outros projetos municipais, a exemplo da Busca Ativa de Desnutridos Graves e o Programa de Dietas e Alimentação Especiais⁶⁵. A organização desses programas consiste em uma rotina com periodicidade de seis meses para o Bolsa Família e de trinta dias para o Leite das Crianças⁶⁵.

Desde outubro de 2009, ocorre a seguinte organização da Saúde da Criança em Colombo: todas as crianças que nascem no hospital do município são cadastradas pelo enfermeiro do programa, e são vinculadas, por sua vez, à Coordenação de Saúde Materno-Infantil. Esse profissional, ao visitar o RN e sua mãe no alojamento conjunto, realiza orientações básicas de saúde infantil, preenche um cadastro e agenda os seus atendimentos na UBS de origem⁵. Emite-se então uma ficha de acompanhamento de Saúde da Criança. Este documento é enviado ao Setor de Nutrição e monitora o seu estado de saúde por meio desse instrumento. Na UBS, os agentes comunitários de saúde realizam a busca ativa do recém-nascido e preenchem o relatório de visita domiciliar, orientam as mães nas suas dúvidas e no comparecimento ao primeiro atendimento na unidade. As equipes de saúde realizam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com o cumprimento dos programas sociais de todas as crianças de sua abrangência. São oferecidas consultas médicas, de enfermagem e odontológica, de acordo com o Protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Criança. Em uma ficha de acompanhamento são registrados os

dados relativamente ao estado nutricional, informações vacinais, intercorrências ocorridas e condutas desenvolvidas pelas equipes⁵.

No contexto de atendimento da criança, observa-se que os programas sociais – Bolsa Família e Leite das crianças – são acompanhados na unidade em conjunto com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento⁶³. A carteira da saúde da criança carimbada e anotada pelo atendimento recebido é apresentada aos órgãos responsáveis pela execução desses programas.

Cabe ressaltar que a busca ativa e o acompanhamento da saúde da criança baseados nos conceitos de responsabilização, da prevenção de agravos e da promoção à saúde, são metodologias de trabalho executadas em todas as equipes de atenção básica, tanto de Unidade Básica de Saúde quanto de Estratégia Saúde da Família, e ambas são interligadas com os Programas Sociais estadual e federal⁶³.

***Caminho
Metodológico***

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 MÉTODO DE ABORDAGEM

O estudo tem delineamento transversal e abordagem quantitativa, pois se baseia em parâmetros e indicadores, critérios que permitem objetivar o processo avaliativo⁶⁶.

Em estudos dessa natureza, úteis quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição, todas as medições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento⁶⁷. Produzem “‘instantâneos’ da situação de uma comunidade com base na avaliação individual de cada um dos seus membros, produzindo indicadores globais para o grupo investigado⁶⁶”.

“A avaliação é um tipo específico de pesquisa, entretanto ela pode pertencer a um estudo de natureza quantitativa ou qualitativa. Em ambas ela é usada para descobrir como funciona um programa, tratamento, prática ou política⁶⁷.” Quando definida em um trabalho quantitativo, as pesquisas avaliativas baseiam-se na avaliação objetiva, não tendenciosa e imparcial das forças e limitações do estudo⁶⁶.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

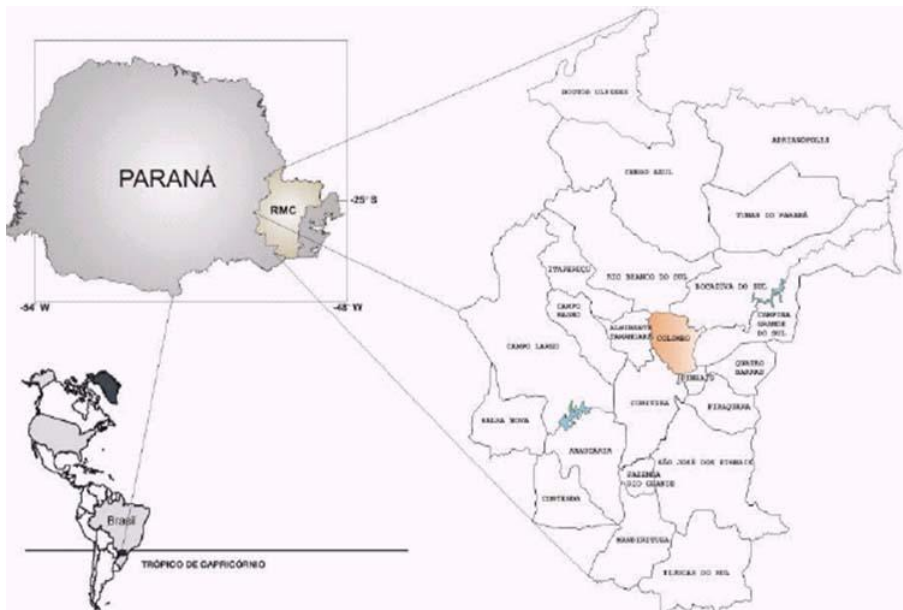
O município de Colombo compõe a região metropolitana de Curitiba, capital do Paraná, e está distante desta 17,3Km aproximadamente. A população estimada para 2009 é de 247.268 habitantes, sendo 96,10% moradores da região urbana da

cidade⁵. Do total de habitantes, o município conta com uma estimativa de 21.227 crianças na faixa de zero a cinco anos, o que corresponde a 8,58% da população⁵.

Segundo dados mais atualizados, “o coeficiente de mortalidade infantil do município foi registrado em 1994 em 28,50, evoluindo com queda para 16,2 em 2008. Referente à taxa de mortalidade infantil, o município apresentou em 2006 um total de 49% das mortes por algumas afecções originadas no período perinatal, e das crianças de um a cinco anos, 60% devido a causas externas de morbidade e mortalidade⁶².” Estes dados, quando comparados aos do estado do Paraná, mostram-se com características semelhantes⁶².

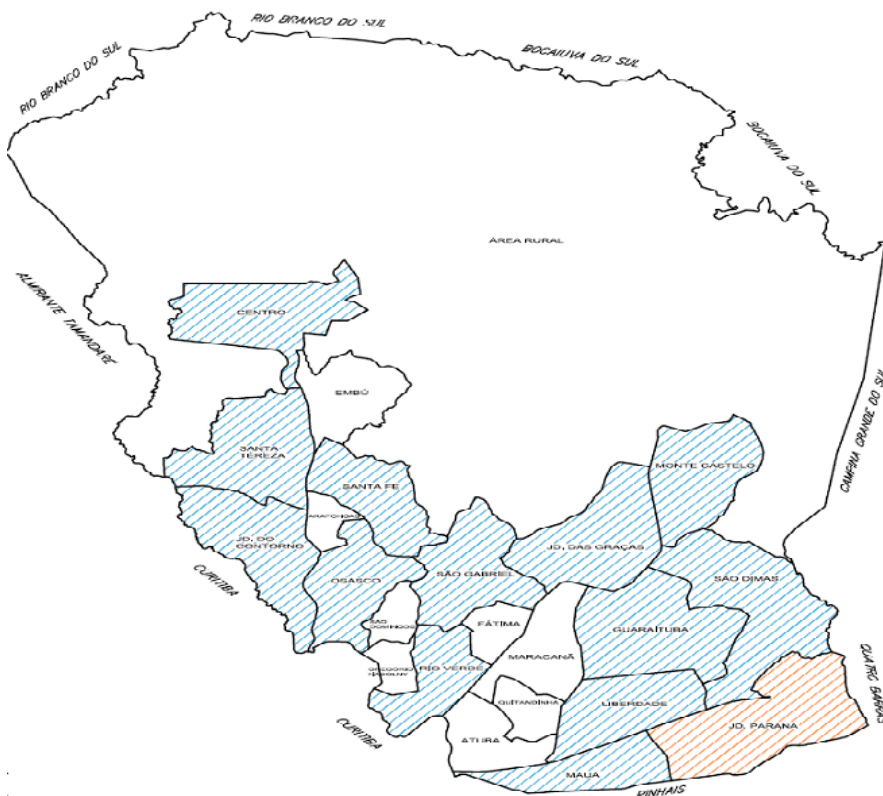
O sistema de saúde conta com uma Secretaria Municipal de Saúde, dois prontos-socorros, 15 policlínicas privadas, um hospital geral e um hospital especializado filantrópico, cinco consultórios particulares, quatro clínicas de serviços especializados de saúde públicos e seis privados e mais 21 unidades de saúde, sendo que 9 são integradas à estratégia de Saúde da Família e as demais Unidades Básicas tradicionais⁶¹.

As figuras 1 e 2 apresentam a localização do município no contexto do estado do Paraná e a divisão da cidade de acordo com os bairros, respectivamente.



Fonte: Prefeitura Municipal de Colombo

MUNICÍPIO DE COLOMBO / DIVISÃO POR BAIRROS



4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população desse estudo constitui-se das famílias de crianças de 17 a 22 meses completos, cadastradas e assíduas às atividades das unidades de saúde do município de Colombo. Optou-se por fazer um recorte de crianças nascidas no período de 01 de janeiro de 2011 até 30 de junho de 2011, para garantir uma população de crianças que deveria ter realizado no mínimo 3 consultas na unidade de saúde na época da coleta de dados.

Para definição dos sujeitos da pesquisa, inicialmente foi feito contato com a coordenação de saúde da criança do município de Colombo, a qual disponibilizou uma planilha de Excel (Office 2007) com as informações das crianças nascidas entre 01 de janeiro de 2011 e 30 de junho de 2011, divididas por unidades de saúde e por mês de nascimento. A planilha contém o número da Declaração de Nascido Vivo, nome e endereço de residência da mãe, data de nascimento, sexo, opção por atendimento particular ou SUS, participação nas consultas de puericultura daquelas que optaram por atendimento SUS e situação atual da criança (viva, falecida, ou adotada).

Com base nestas informações e com auxílio de um profissional de estatística, uma segunda planilha do Excel foi estruturada aplicando os seguintes critérios de exclusão:

- crianças cujas famílias optaram por atendimento particular;
- crianças com endereço inexistente ou não localizado;
- crianças cuja família mudou de endereço e não comunicou à rede de saúde;

- crianças falecidas e
- crianças adotadas.

Na sequência, esta mesma planilha foi subdividida por unidades de saúde (Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas), visto o interesse em obter duas amostras, uma para ESF e outra para UBS, a fim de cumprir os objetivos deste estudo.

Com base no número total da população da pesquisa (590 crianças atendidas pelas Unidades Básicas e 525 crianças atendidas pelas Unidades de Estratégia de Saúde da Família), realizou-se o cálculo de amostra com 95% de confiança e 3% de erro máximo de estimativa para ambas as amostras, valores estes ideais para pesquisas de avaliação.⁵² Utilizando a fórmula para amostra simples, chegou-se ao total 235 sujeitos para a população das Unidades Estratégia de Saúde da Família e 247 para as Unidades Básicas, totalizando 482 sujeitos.

Com o número definido das amostras da pesquisa, utilizou-se a tabela de números aleatórios, optando pela coluna 6 e linha 10 de forma casual e somados extratos de valor 5, para se obter a escolha dos sujeitos.

Foram critérios de inclusão: o respondente deveria ser o responsável (pai, mãe, tio, tia, avó ou cuidadores legais) e acompanhante habitual da criança entre 17 e 22 meses cadastrada no Programa de Puericultura da unidade; apresentar capacidade de comunicação preservada; e estar com condições de compreender perguntas e emitir respostas.

Como critério de exclusão adotou-se o número de consultas frequentadas pela criança na unidade de saúde sob avaliação inferior a 3, questionado imediatamente antes da realização da entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Equipe de entrevistadores

Contou-se com 12 entrevistadores, estudantes do curso de bacharelado em Enfermagem da Faculdade Paranaense, participantes do grupo de pesquisa da instituição e cadastrados em programas de iniciação científica. A pesquisadora foi responsável pela supervisão e averiguação da confiabilidade da coleta de dados.

Foi realizada uma oficina de treinamento dos entrevistadores pela pesquisadora a qual fez uma explanação do projeto de pesquisa, destacando os objetivos, o campo de pesquisa e os instrumentos de coleta de dados; foi realizada uma atividade com os instrumentos de coleta por meio de simulações de entrevistas para familiarização; os entrevistadores comentaram suas dúvidas e dificuldades na simulação. Mediante os esclarecimentos das dúvidas, foi elaborada pela pesquisadora uma lista de orientações/lembretes referentes às questões com maior frequência de dúvidas e ou dificuldades.

Durante a oficina, foi realizada a divisão de duplas para a realização das entrevistas. Contou-se com 6 duplas, divididas a critério dos acadêmicos. As áreas de abrangência das entrevistas foram separadas de acordo com as Unidades de Saúde do município e as duplas escolheram as áreas referentes às Unidades que entrevistaram.

Três duplas entrevistaram áreas referentes a 3 Unidades de Saúde e outras 3 duplas ficaram responsáveis por áreas referentes a 4 Unidades de Saúde.

Os dias e horários das entrevistas ficaram a critério das duplas de entrevistadores, em consonância com a disponibilidade das famílias, sugerindo-se uma média de 10 entrevistas por semana por dupla, para conclusão da coleta em torno de 8 a 10 semanas.

Uma vez na semana, houve um encontro com a pesquisadora com o objetivo das duplas repassarem os questionários preenchidos e tirarem eventuais dúvidas sobre o processo.

4.4.2 Instrumentos de Coleta de dados

Os dados foram coletados em entrevistas individuais. A caracterização dos participantes foi realizada com a aplicação da primeira parte do instrumento, composto por 7 perguntas fechadas, as quais caracterizaram o sujeito de acordo com o grau de parentesco com a criança, sexo, idade, escolaridade, participação de outros membros da família na Unidade de Saúde, número de consultas realizadas para a criança na Unidade e uma pergunta aberta, questionando sobre as atividades que a criança frequenta na Unidade.

Usou-se também o instrumento PCAT versão criança. Foram coletados os dados referentes aos atributos essenciais e derivados dessa versão. O questionário foi elaborado para coletar informações a respeito das características operacionais e práticas – de estrutura e do processo de atenção – relacionadas à atenção primária

desenvolvida por profissionais envolvidos na assistência direta aos usuários. Este instrumento foi validado no Brasil em 2005³.

O PCATool Versão criança é composto da seguinte maneira³:

- Acesso de Primeiro contato – Utilização (B), composto por 3 itens (B1, B2 e B3);
- Acesso de Primeiro contato – Acessibilidade (C), composto por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);
- Longitudinalidade (D), composto por 11 itens (D, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10 e D11);
- Coordenação – Integração dos Cuidados (E), composto por 5 itens (E1, E2, E3, E4 e E5);
- Coordenação – Sistemas de Informações (F), composto por 3 itens (F1, F2 e F3);
- Integralidade – Serviços Prestados (G), composto por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9);
- Integralidade – Serviços Disponíveis (H), composto por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5);
- Orientação Familiar (I), composto por 6 itens (I1, I2, I3, I4, I5 e I6) e
- Orientação Comunitária (J), composto por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

No primeiro momento, foi realizada a apresentação do entrevistador e do objetivo do estudo, verificando-se a disponibilidade e elegibilidade da pessoa que atende no domicílio em seguir com a entrevista; na sequência, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Havendo anuência do responsável, a entrevista se realizou imediatamente, ou em momento agendado de acordo com sua disponibilidade.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Semanalmente os resultados das entrevistas foram repassados para uma planilha do Excel e enviados para a análise do profissional de estatística.

A análise dos dados se deu conforme recomendação dos organizadores do questionário PCAT⁶⁸.

O instrumento exige que, para a análise dos dados, ocorra a inversão dos valores em alguns itens (C2, C4, C5 e D11), ou seja, os itens devem estar invertidos para: valor 4=1, valor 3=2, valor 2=3 e valor 1=4⁶⁸.

Se, para um entrevistado, a soma das respostas em branco (respostas 9) atingir mais de 50%, não serão calculados o escore desse entrevistado. Caso a soma das respostas 9 for inferior a 50% do total, o valor 9 deverá ser transformado em 2 (provavelmente não) para o entrevistado em questão. Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo usuário⁶⁸.

A fim de garantir a escolha apropriada dos escores para as respostas, o respondente foi informado sobre as 4 alternativas de resposta e perguntado quanto a compreensão de suas diferenças antes da aplicação do questionário.

O escore essencial das entrevistas foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem ao atributo essencial dividido pelo número de componentes⁶⁸:

$$B+C+D+E+F+G+H / 7$$

O escore geral foi medido pela soma dos escores médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais somado aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes⁶⁸:

$$B+C+D+E+F+G+H+I+J / 9$$

A aplicação do instrumento permite a

“construção de escores para cada atributo. As respostas deverão ser estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (no caso deste estudo, será aplicado apenas para o atributo derivado “Orientação Familiar”) – 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim. Para obter o escore da qualidade da APS especificamente para cada atributo, deverá ser calculada a média dos valores dos itens daquele atributo. Será considerado baixo escore quando menor que 6.6 e alto escore quando maior ou igual a 6.6^{3,68}.

Os resultados foram agrupados por tipo de serviço, UBS com e sem estratégia saúde da família, e então comparados para avaliação.

Os resultados obtidos neste estudo foram expressos por frequências e percentuais ou por médias e desvios padrões. Para a comparação dos grupos em relação às variáveis qualitativas, foi usado o teste de Qui-quadrado. Em relação às variáveis quantitativas, os grupos (ESF e UBS) foram comparados usando-se o teste t

de Student. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram organizados em planilha Excel e, para a análise estatística, foi usado o programa computacional Statistica 10.1.

Para verificação da consistência interna dos itens do instrumento, foi obtido o Alfa de Crombach para cada um dos atributos e para o instrumento total. Valores para alfa maiores ou iguais a 0,70 foram considerados satisfatórios.

4.6 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi desenvolvido sendo realizadas 35 entrevistas com usuários das Unidades Estratégia Saúde da Família e 35 entrevistas com usuários das Unidades Básicas de Saúde, totalizando 70 entrevistas. As amostras foram selecionadas em todas as unidades de saúde do município e tiveram número de participantes proporcional ao número total de usuários. A seleção de participantes se deu por sorteio de números aleatórios.

As entrevistas foram realizadas pelos entrevistadores selecionados a priori, em duplas ou trios, que se distribuíram entre as unidades de acordo com a disponibilidade das equipes de entrevistadores.

Nesse estudo, o tempo médio de aplicação das entrevistas foi de 23 minutos, sendo realizado no período de 08 a 15 de junho de 2012.

Após a aplicação das entrevistas do estudo piloto, a equipe de entrevistadores se reuniu para discutir dúvidas surgidas no ato das entrevistas, as quais foram solucionadas em consenso com a equipe do projeto. As dúvidas eram baseadas em

estratégias de abordagem aos participantes e as soluções surgiram após relatos de experiências positivas dos próprios entrevistadores e das dicas apontadas no manual do instrumento PCATool cuja autoria é de Barbara Starfield.

O estudo piloto possibilitou aperfeiçoar e padronizar ainda mais o processo da coleta de dados. Para o estudo final, as perguntas se mantiveram.

Os entrevistadores dispunham também de meios de comunicação telefônica para acionar a responsável pela pesquisa diante de qualquer situação que gerasse dúvidas.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁶⁹. A pesquisa foi apreciada na instância competente da Secretaria Municipal de Saúde e pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O número do CAAE é 02559112.2.0000.5392.

Cada responsável participante foi consultado segundo o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). A pesquisa somente foi conduzida após obtenção da concordância dos envolvidos.

Resultados

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados consiste na caracterização dos sujeitos participantes desta investigação, categorizados em entrevistados (pais ou responsáveis por crianças atendidas nas unidades de saúde do município). Apresentam-se também resultados referentes ao desempenho dos atributos das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Estratégia Saúde da Família, descritos e comparados em tabelas e gráfico.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

Na tabela 2, encontram-se as características dos cuidadores comparando os resultados das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Estratégia Saúde da Família.

Tabela 2 - Características dos cuidadores das crianças atendidas nas Unidades de Saúde do município de Colombo, PR, 2012.

VARIÁVEIS	ESF		UBS		Valor "p"
	Frequência	%	Frequência	%	
PARENTESCO COM A CRIANÇA					
Pai	19	8,09	14	5,67	0,2936
Mãe	187	79,57	209	84,62	0,1484
Avó	28	11,91	23	9,31	0,3540
Tia	1	0,43	1	0,4	0,9592
SEXO DO CUIDADOR					
Masculino	19	8,09	14	5,67	0,2936
Feminino	216	91,91	233	94,33	0,2936
ESCOLARIDADE DO CUIDADOR					
Não alfabetizado	8	3,4	12	4,86	0,4221
Alfabetizado	227	96,7	235	95,14	0,3883
IDADE DO CUIDADOR					
< 20 anos	72	30,64	166	67,21	0,00001*
20 30 anos	146	62,13	12	4,86	0,00001*
30 40 anos	11	4,68	65	26,32	0,00001*
40 50 anos	3	0,85	2	0,81	0,2268
50 60 anos	2	0,81	0	0,00	0,5969
> 60 anos	1	0,43	2	0,81	0,5969
ATIVIDADES FREQUENTADAS PELA CRIANÇA					
Consulta	29	12,34	37	14,98	0,3998
Consulta e vacina	206	87,66	210	85,02	0,3364
NÚMERO DE CONSULTAS DA CRIANÇA					
Três	189	80,43	239	96,76	0,00001*
Quatro	41	17,45	8	3,24	0,00001*
Cinco	5	2,13	0	0	0,0216*

*Valores de p que indicam significância estatística

Da totalidade dos participantes da pesquisa, usuários do Sistema Único de Saúde, 48,76% utilizam os serviços da rede de Atenção Básica em Saúde na modalidade ESF e 51,24% utilizam serviços das UBS.

Identifica-se, na Tabela 2, que houve predomínio de mulheres como responsáveis pelas crianças atendidas em ambas as unidades, correspondendo a 91,91 entrevistadas das Unidades Estratégia Saúde da Família e 94,33 entrevistadas nas Unidades Básicas. Identificam-se mais mães (79,57 nas ESF e 84,62 nas UBS) e na

sequencia, avós (11,91 nas ESF e 9,31 nas UBS). Os responsáveis do sexo masculino identificados na pesquisa eram todos pais das crianças.

No que se refere ao grau de escolaridade dos participantes, identifica-se um maior contingente de alfabetizados, atingindo 96,7% nas unidades ESF e 95,14% nas UBS. Reitera-se a pouca diferença entre as populações. Definem-se como alfabetizados aqueles que possuem condições de leitura e escrita.

Ao analisar a faixa etária dos entrevistados, nota-se diferença significativa entre os participantes das unidades Básicas e das unidades de ESF. Na primeira, observa-se uma população de na sua maioria menores de 20 anos (67,21%), enquanto na ESF a grande parte encontra-se na faixa entre 20 anos completos e 30 anos. A idade média dos representantes das Unidades de Estratégia Saúde da Família é de 29 anos, considerando um desvio padrão de 10,51, já a Unidade Básica teve uma média de idade de 28 anos e um desvio padrão de 9,85.

No que tange as atividades frequentadas pelas crianças nas unidades de saúde a diferença entre as unidades não atingiu significância estatística, ou seja, em ambas a maioria das crianças faz uso das consultas e das vacinações.

Com relação ao número de consultas realizadas para as crianças, apenas as unidades de ESF, mesmo que em um número reduzido, superaram 4 consultas. Nas UBS, a maioria das crianças foi consultada apenas 3 vezes, número mínimo exigido para a faixa etária das crianças.

Com vistas a traçar o perfil das crianças cujas famílias foram entrevistadas, na Tabela 3 foram sistematizadas as idades e sexo daquelas.

Tabela 3 - Características das crianças atendidas nas Unidades de Saúde do município de Colombo, PR, 2012.

VARIÁVEIS	ESF		UBS		Valor "p"
	Frequência	%	Frequência	%	
IDADE					
17 meses completos	43	18,29	39	15,78	0,2736
18 meses completos	32	13,61	56	22,67	0,1364
19 meses completos	51	21,70	38	15,38	0,4920
20 meses completos	29	12,34	41	16,59	0,9592
21 meses completos	38	16,17	36	14,57	0,3453
22 meses completos	42	17,87	37	14,97	0,3664
SEXO					
Masculino	112	47,65	109	44,12	0,2936
Feminino	123	52,34	138	55,87	0,2936

Observa-se predomínio de crianças do sexo feminino em ambas as unidades. A faixa etária é bastante homogênea considerando que foram entrevistados cuidadores de crianças nascidas entre 01 de janeiro de 2011 e 30 de junho de 2011, conforme critérios de inclusão da pesquisa.

5.2 AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS UNIDADES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO – PR.

A avaliação de desempenho dos atributos da APS será apresentada a seguir, sendo que as tabelas 4 a 14 apresentam o conjunto de itens relativos ao conjunto de itens relativos a cada atributo, para possibilitar conhecer em detalhe o desempenho das unidades.

Na tabela 4, encontram-se discriminados os itens referentes ao Grau de Afiliação, o qual envolve aspectos relacionados ao conhecimento e ligação entre o

usuário do serviço de saúde e os profissionais que prestam os atendimentos nesse serviço.

Tabela 4 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para o item que compõe o atributo **Grau de Afiliação**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
O profissional de saúde conhece a criança e sua família	9,064	0,190	1,727	0,236	< 0,01*

*diferença estatisticamente significativa

Os itens integrantes do atributo Acessibilidade foram divididos em 2 tópicos, sendo um responsável por avaliar o Acesso de Primeiro Contato referente à Utilização, o qual atribui aspectos referentes à prioridade dos usuários em utilizar o serviço básico de saúde, e Acesso de Primeiro Contato em relação à Acessibilidade, baseado em dados relativos à disponibilidade dos serviços de saúde para o atendimento ao usuário (tabelas 5 e 6). Observa-se, em ambas as tabelas, que todos os indicadores apresentam escores significativamente maiores nas unidades com ESF.

Tabela 5 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Acesso de Primeiro Contato - Utilização**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para uma consulta de rotina	7,322	0,180	5,007	0,186	< 0,0001*
Vai ao seu serviço de saúde antes de ir a outro para um novo problema	7,664	0,149	4,750	0,167	< 0,01*
O seu serviço de saúde encaminha obrigatoriamente a um especialista quando necessário	7,023	0,188	7,624	0,169	0,020006*
SCORE GERAL	7,33	0,174	5,70	0,193	< 0,0001*

*diferença estatisticamente significativa

No que se refere ao tópico de Acessibilidade, a tabela 6 demonstra os itens e as respectivas médias de avaliação, erros-padrão e valor de significância estatística do teste t.

Tabela 6 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
O serviço de saúde atende no mesmo dia	6,396	0,187	4,305	0,170	< 0,0001*
Esperar muito tempo para marcar hora no serviço	4,729	0,209	1,822	0,137	< 0,0001*
É fácil marcar consulta de rotina para a criança	5,912	0,182	3,225	0,147	< 0,0001*
Tem que esperar mais que 30 minutos para as consultas	3,689	0,175	1,188	0,115	< 0,0001*
Dificuldade em conseguir atendimento médico no serviço	6,197	0,161	2,605	0,160	< 0,01*
Consegue aconselhamento por telefone no serviço	3,889	0,176	2,672	0,135	< 0,0001*
SCORE GERAL	5,13	0,195	2,63	0,158	< 0,0001*

*diferença estatisticamente significativa

A tabela seguinte retrata o atributo Longitudinalidade, o qual é definido por Starfield como uma relação pessoal, de longa duração, entre os usuários dos serviços de saúde e seus trabalhadores. A autora ainda considera que esse atributo é parte essencial da Atenção Primária à Saúde.

Tabela 7 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Longitudinalidade**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
É o mesmo profissional que atende a criança no serviço	7,037	0,166	2,794	0,145	< 0,01*
Pode telefonar para falar com o profissional no serviço	3,718	0,148	2,605	0,144	< 0,0001*
O profissional entende o que você diz ou pergunta	7,293	0,153	4,305	0,159	< 0,01*
O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda	4,630	0,159	4,089	0,161	0,018601*
O profissional lhe dá tempo suficiente para falar sobre os problemas ou preocupações	3,661	0,165	2,335	0,142	< 0,0001*
Você se sente a vontade para falar dos problemas com sua criança ao profissional	5,712	0,188	5,385	0,189	0,195223
O profissional conhece a criança como pessoa mais do que como um problema de saúde	4,473	0,190	3,063	0,151	< 0,0001*
O profissional conhece a história clínica da criança	5,199	0,193	2,740	0,143	< 0,0001*
O profissional sabe dos medicamentos que a criança toma	5,954	0,178	4,453	0,178	< 0,0001*
O profissional se reuniria com sua família se fosse necessário	6,054	0,175	2,874	0,145	< 0,01*
Você mudaria para outro serviço de saúde se fosse fácil	5,712	0,192	2,402	0,138	< 0,01*
ESCORE GERAL	5,40	0,189	3,36	0,166	< 0,0001*

*diferença estatisticamente significativa

O atributo Coordenação é fracionado em Coordenação – Integração de Cuidados e Coordenação – Sistema de Informações. Tal divisão foi realizada com o propósito de facilitar a compreensão dos resultados na íntegra, conforme sugestão do PCATool.

Na tabela 8 estão apresentados os itens referentes à Integração de Cuidados, os quais se referem à relação entre o serviço básico de saúde e o de especialidades.

Tabela 8 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Coordenação – Integração de Cuidados**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
Houve indicação do seu serviço à um especialista	7,895	0,130	7,000	0,120	0,252483
O profissional do seu serviço sabe da consulta com o especialista	8,070	0,110	5,333	0,148	0,001156*
O profissional do seu serviço soube dos resultados da consulta com o especialista	7,719	0,104	6,000	0,167	0,063386*
Depois da consulta com o especialista o profissional do seu serviço conversou com você	6,316	0,160	5,000	0,150	0,176225
O profissional do seu serviço mostrou-se interessado na consulta com o especialista	7,719	0,163	5,667	0,143	0,038722*
ESCORE GERAL	7,54	0,139	5,80	0,147	0,003044*

*diferença estatisticamente significativa

As considerações referentes aos registros de saúde ou boletins de atendimento (fichas de atendimento, carteira de vacinação) e às disponibilizações dos prontuários são tópicos avaliados no atributo **Coordenação – Sistemas de Informação**. A avaliação desses tópicos está apresentada na tabela 9.

Tabela 9 - Valores médios respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Coordenação – Sistemas de Informações**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
Você leva a carteira de vacinação nas consultas	7,365	0,118	6,091	0,164	< 0,0001*
O prontuário da criança está sempre disponível nas consultas	5,840	0,168	5,185	0,178	0,007427*
Você tem acesso ao prontuário da criança	5,698	0,177	4,211	0,167	< 0,0001*
ESCORE GERAL	6,30	0,164	5,16	0,171	< 0,0001*

*diferença estatisticamente significativa

O próximo atributo da APS a ter seus resultados apresentados é a **Integralidade**. Esse atributo é composto de tópicos que avaliam os serviços

Resultados

disponíveis nas Unidades de Saúde e de itens que avaliam os serviços realmente prestados. Os mesmos serão ilustrados nas tabelas 10 e 11 respectivamente.

Tabela 10 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Integralidade – Serviços Disponíveis**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
Vacinas	8,248	0,116	8,401	0,118	0,357689
Programa de assistência social	6,410	0,150	4,065	0,170	< 0,0001*
Planejamento Familiar	7,179	0,146	4,878	0,170	< 0,0001*
Programa de suplementação nutricional	5,370	0,180	4,634	0,164	0,003841*
Aconselhamento de uso prejudicial de drogas	4,658	0,177	3,360	0,130	< 0,0001*
Aconselhamento para problemas de saúde mental	5,185	0,167	3,523	0,148	< 0,0001*
Sutura de pontos	7,407	0,158	5,556	0,152	< 0,0001*
Aconselhamento e testes anti HIV	4,972	0,182	4,051	0,173	0,000296*
Saúde da visão	6,040	0,174	4,038	0,158	< 0,0001*
ESCORE GERAL	6,16	0,179	4,72	0,180	< 0,0001*

*diferença estatisticamente significativa

Na sequencia será apresentada a tabela 11 a qual identifica tópicos dos serviços efetivamente prestados na Unidade de Saúde em relação à consulta específica à criança.

Tabela 11 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Integralidade – Serviços Prestados**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
Orientações quanto à alimentação, higiene ou sono	7,521	0,132	5,989	0,153	< 0,0001*
Segurança no lar	5,456	0,174	3,279	0,140	< 0,0001*
Mudanças no crescimento e desenvolvimento	6,624	0,151	5,447	0,181	0,000001*
Problemas comportamentais da criança	6,766	0,153	3,699	0,166	< 0,01*
Primeiros socorros à criança	6,667	0,160	3,930	0,176	< 0,0001*

*diferença estatisticamente significativa

Resultados

A orientação familiar foi outro atributo avaliado nesse estudo. A tabela 12 mostra os resultados relativos a esse enfoque.

Tabela 12 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Orientação Familiar**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
O profissional conhece sua família bastante bem	5,972	0,132	3,266	0,147	< 0,01*
O profissional sabe os principais problemas da sua família	5,915	0,209	3,198	0,142	< 0,0001*
O profissional sabe do emprego dos responsáveis pela criança	5,348	0,151	2,385	0,142	< 0,01*
O profissional saberia dos problemas da família para conseguir medicações	5,291	0,153	2,561	0,140	< 0,01*
O profissional questiona sua opinião sobre o tratamento da criança	6,071	0,160	4,485	0,183	< 0,0001*
O profissional conhece problemas de saúde da família	6,922	0,148	4,810	0,188	< 0,0001*

O atributo Orientação Comunitária se constitui no próximo a ter sua avaliação apresentada na tabela 13.

Tabela 13 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada item que compõe o atributo **Orientação Comunitária**. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

Indicador	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
Alguém do seu serviço faz visitas domiciliares	7,578	0,143	1,165	0,105	< 0,01*
O seu serviço conhece os problemas de saúde da vizinhança	5,855	0,162	2,710	0,131	< 0,01*
O seu serviço faz pesquisas na comunidade para identificação de problemas	5,385	0,175	1,396	0,108	< 0,01*
O seu serviço convida os membros da família para participar dos Conselhos de Saúde	3,618	0,155	1,938	0,122	< 0,0001*
ESCORE GERAL	5,60	0,183	1,80	0,123	< 0,0001*

*diferença estatisticamente significativa

Os tópicos acima se referem ao atributo que diz respeito ao conhecimento do contexto social onde as pessoas vivem.

Resultados

O contexto geral da avaliação de todos os atributos identifica o escore geral do serviço. De acordo com Starfield, considera-se o valor 6,6 o mínimo para a Unidade de Saúde ter a presença do atributo em seu serviço de acordo com a avaliação da família das crianças nele atendidas. A tabela seguinte apresenta os escores atingidos em cada atributo nos serviços de Unidade Estratégia Saúde da Família e de Unidade Básica, juntamente com os erros-padrão e a significância estatística do teste t.

Tabela 14 - Valores médios, respectivos erros-padrão e valor da significância estatística do teste t para cada um dos atributos que compõe a escala. Entrevistados (cuidadores das crianças). Colombo, 2012

ATRIBUTOS	ESF		UBS		Teste t
	(n = 235)		(n = 247)		
	Média	Ep	Média	Ep	
Essenciais					
Grau de Afiliação	9,06	0,190	1,72	0,236	< 0,00001
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	7,338	0,174	5,793	0,193	< 0,00001
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	5,137	0,195	2,636	0,158	< 0,00001
Longitudinalidade	5,402	0,189	3,367	0,166	< 0,00001
Coordenação – Integração dos cuidados	7,543	0,139	5,800	0,147	0,003044
Coordenação – Sistemas de Informações	6,302	0,164	5,162	0,171	< 0,00001
Integralidade – Serviços Disponíveis	6,160	0,179	4,727	0,180	< 0,00001
Integralidade – Serviços Prestados	6,604	0,160	4,469	0,177	< 0,00001
Derivados					
Orientação Familiar	6,537	0,170	3,459	0,169	< 0,00001
Orientação Comunitária	5,609	0,183	1,808	0,123	< 0,00001

*diferença estatisticamente significativa

Para facilitar a visão geral das características organizacionais e de desempenho dos dois tipos de Unidades da rede básica do município de Colombo, o gráfico 1 apresenta a média dos escores de cada atributo por tipo de unidade, possibilitando a comparação entre eles.

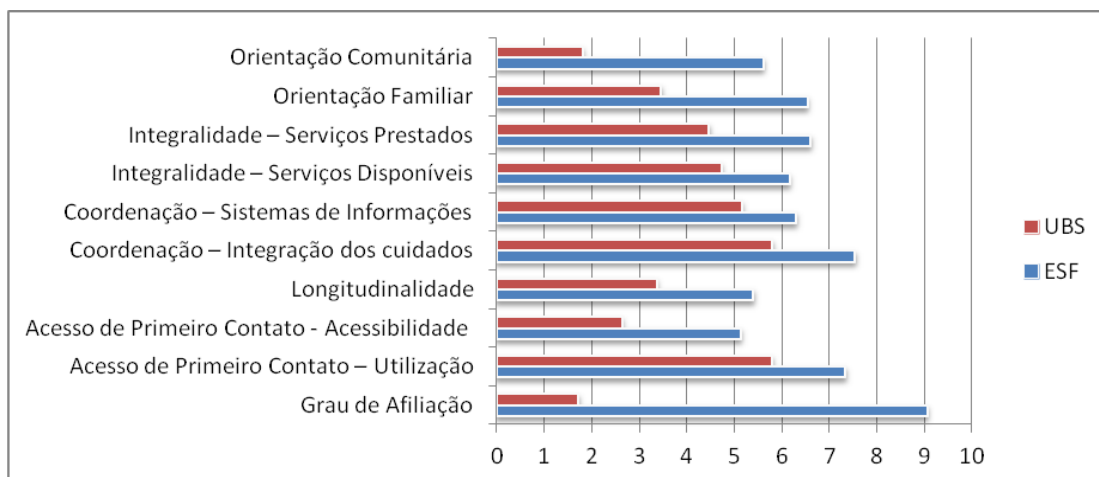


Gráfico 3 - Valores médios dos escores para cada um dos atributos relacionados às características organizacionais e de desempenho, segundo tipo de Unidade da Rede de Atenção Básica do município de Colombo – PR, 2012.

Discussão

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será dividida em duas etapas: inicialmente será feita a análise da caracterização dos sujeitos participantes e das crianças envolvidas na pesquisa. Na sequência, serão discutidos os resultados referentes aos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde.

Em relação à consistência interna do instrumento, no encontram-se tais valores para alfa de Crombach, que variaram entre 0,6966 e 0,7395 para os atributos de Acessibilidade e Longitudinalidade respectivamente. Sendo o valor total de alfa igual a 0,7121, apresenta-se um valor que indica uma boa consistência interna nas respostas.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Nesse estudo, identificou-se que o perfil dos principais responsáveis das crianças que compuseram a amostra é semelhante nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades Estratégia Saúde da Família, pois se notou que são as mães as principais responsáveis pelas crianças, totalizando 79% nas unidades ESF e 84% nas UBS. As avós foram identificadas como o segundo maior índice de responsáveis, sendo 11,9% e 9,3% respectivamente. Segundo Santos *et al*⁷⁰, a mãe é considerada uma figura essencial e é quem na maioria das vezes leva à criança ao serviço de saúde. Os autores ainda afirmam que as mães são as que melhor sabem cuidar da saúde dos bebês. O perfil identificado nesse estudo confirma o que as autoras

indicam ao afirmar que mães e avós, por estas também terem sido mães, são as principais responsáveis pelo encaminhamento das crianças nas unidades de saúde.

Há semelhança entre as Unidades no que se refere escolaridade do cuidador. Aproximadamente 95% dos responsáveis são considerados alfabetizados. Para definição dos termos, optou-se pelo conceito de Almeida e Macinko⁷¹ os quais definiram a variável “alfabetizado” considerando aqueles que sabem ler e escrever e “analfabeto” aquele que não sabe ler e/ou escrever. Este perfil está de acordo com o perfil social e demográfico do município⁵, o qual indica que o índice de analfabetismo tem diminuído desde 2006.

A principal diferença entre os perfis dos entrevistados nas unidades pesquisadas é referente à idade dos responsáveis pelas crianças. As unidades de Estratégia Saúde da Família apresentam um perfil com responsáveis variando entre 20 e 30 anos (62,1%), enquanto nas Unidades Básicas a idade prevalente está abaixo dos 20 anos, sendo a idade mínima de 15 anos (67,2%). O estudo indica uma diferença estatisticamente significativa entre as unidades. Em ambas, houve uma prevalência mínima de cuidadores acima de 60 anos. Admite-se pensar que essa diferença em consonância com o perfil prevalente de mães pode indicar um fator de alto índice de maternidade precoce nas UBS. Um estudo publicado em 2011⁷² indicou a gravidez na adolescência como um problema emergente no município de Colombo, entretanto este estudo não diferencia os índices entre gestantes pertencentes a Unidades Básicas e de ESF.

No que se refere às atividades frequentadas pela criança, há semelhança em ambas as unidades, considerando as consultas e vacinas como as atividades frequentadas pelas crianças. O Plano Municipal de Saúde do município⁵ destaca uma

lista de procedimentos executados em ambas as unidades para as crianças segundo parâmetros de produtividade e informações do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, a qual informa ações tais como: administração de medicamentos, curativos, nebulização, terapia de reidratação oral, atividades educativas, coleta de sangue, puericultura, consultas de enfermagem, vacinação, entre outras.

De acordo com as respostas levantadas na pesquisa, observa-se que a população reconhece e utiliza as consultas e os serviços de vacinação disponibilizados pela Unidade de Saúde. Além disso, as ações como nebulização, curativos, coleta de sangue, reidratação oral e atividades educativas podem ser consideradas, pelos usuários, como inerentes às atividades da consulta.

Sobre o número de consultas frequentadas pelas crianças, observou-se que nas Unidades ESF o máximo foi de 5 e na UBS 4. Entretanto, em ambas o predomínio ficou em 3 consultas. Para analisar essa informação é necessário considerar que a faixa etária das crianças estudadas está entre 17 e 22 meses completos. O calendário proposto pelo Ministério da Saúde⁶ para o controle do crescimento e desenvolvimento, de crianças saudáveis, pressupõe a atuação de toda a equipe de atenção à criança, de forma intercalada, possibilitando ampliação na oferta de atendimentos em todas as unidades de saúde. No município, recomenda-se que sejam feitas 8 consultas durante o primeiro ano de vida e 3 no decorrer do segundo ano. Relacionando o perfil etário das crianças pertencentes ao estudo, estima-se que ao menos 9 consultas tivessem sido realizadas ao total. Nesse sentido, considera-se necessária uma estratégia para aumentar a frequência às consultas em ambas as unidades.

6.2 AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS UNIDADES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO – PR

A presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde serão aqui discutidas de acordo com as orientações de Starfield^{3,73}. A autora indica que os escores médios iguais ou acima de 6,6 podem ser considerados de “altos escores”, ou seja, de acordo com os preceitos da APS.

Nesse estudo, em relação ao **Grau de Afiliação**, observa-se uma diferença significativa entre os escores obtidos nas Unidades Estratégia Saúde da Família e nas Unidades Básicas. Esse atributo se caracteriza pela responsabilidade que o serviço de saúde tem sobre o usuário. Para a definição dos escores os usuários foram questionados sobre a existência de um serviço de saúde que geralmente atende a criança da família, sobre a presença de um profissional desse serviço que conhece a criança com mais detalhes, não somente das suas condições de saúde, e se esse pode ser considerado como o principal responsável pela saúde da criança.

Os resultados demonstram que as Unidades Básicas obtiveram um escore relativamente baixo em relação às de ESF, conforme tabela 4. Nas primeiras, a média geral para esse atributo foi de 1,72 enquanto nas de ESF foi de 9,06, diferença estatisticamente significativa, indicando que as famílias das crianças atendidas nas unidades com Estratégia Saúde da Família manifestaram ter maior índice de afiliação com seu serviço de saúde. Stafield³ afirma que o serviço de saúde, para estar de acordo com os preceitos da Atenção Primária, precisa estar em conexão direta com os usuários, mantendo-os afiliados para quaisquer circunstâncias.

A autora³ afirma que a ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que esse ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária e terciária). A autora opta por denominar esse acesso inicial, de forma mais clara, como “porta de entrada”. Essa característica é mensurada no instrumento PCATool como atributo acessibilidade, o qual foi dividido (no instrumento) como “**Acesso de primeiro contato – Utilização**” e “**Acessibilidade**”.

Quanto ao atributo “**Utilização**” os dados indicam a iniciativa da família em ir ao mesmo serviço para realizar a consulta de rotina, se existem outros serviços diferentes do serviço de atenção básica de saúde em que a família encaminha a criança e se há a necessidade de encaminhamento para especialistas. Os resultados demonstram que as Unidades Estratégia Saúde da Família estão de acordo com os preceitos de Atenção Primária, pois o escore obtido foi de 7,33, como visto na tabela 5. Diferentemente, as Unidades Básicas de Saúde obtiveram uma média inferior da considerada ideal para APS, atingindo 5,79. Mesmo havendo diferença entre as médias encontradas para esse atributo entre as unidades, considera-se satisfatória a aproximação dos escores.

Observou-se nesse atributo que as UBS obtiveram um valor de 4,75 no item em que as famílias responderam que vão a outro serviço de saúde antes da UBS. É possível que o número reduzido de consultas ofertadas na unidade leve os usuários a buscar serviços particulares, ou até mesmo outras unidades de saúde com demanda menor e maior disponibilidade de atendimento. O escore das unidades ESF para esse item foi considerado alto, 7,66. Quanto ao item “encaminhamento obrigatório ao

especialista” nas UBS, as famílias somaram uma média de 7,62, e as unidades ESF obtiveram uma média inferior às UBS, totalizando 7,02, ambas adequadas para APS. O menor escore nas de ESF pode indicar que essas unidades sejam mais resolutivas, sendo desnecessário encaminhar a outro serviço.

Sobre o atributo “**Acesso de primeiro contato – Acessibilidade**”, em ambas as unidades os escores foram baixos: 5,13 nas de ESF e apenas 2,63 nas UBS (tabela 6). Neste atributo, os usuários foram perguntados sobre a prestatividade no atendimento do serviço, a possibilidade do atendimento do mesmo dia que solicitada a consulta quando a criança está doente, o tempo de espera nos atendimentos e a facilidade de se conseguir consultas (pessoalmente ou via contato telefônico). Observa-se que em todos os serviços estão aquém do nível ideal para APS, demonstrando claramente barreiras de acesso. Tais resultados podem ser devidos ao horário restrito de atendimento nas unidades de saúde: segunda a sexta feira, das 7:00 até as 17:00, sendo que em duas unidades rurais o período de atendimento é somente das 9:00 as 15:00 horas. Destaca-se as médias muito inferiores encontradas nas UBS e nas ESF no que tange aos itens “esperar muito tempo para marcar hora no serviço” e “tempo superior a 30 minutos nas esperas das consultas” (médias de 1,18). Starfield³ adota o tempo de espera na recepção como parâmetro para medir barreira de acessibilidade organizacional, tendo como limite o tempo de 30 minutos.

Sendo a acessibilidade um elemento estrutural da APS, quando não efetiva, pode afetar adversamente o manejo dos problemas dos usuários, comprometendo, assim, o desempenho do serviço⁷³. Além disso, a autora indica que a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou adiada, incorrendo em gastos adicionais. Nesse sentido, um estudo

internacional confirmou a relação entre a atenção efetiva no primeiro contato e uma porcentagem inferior do produto interno bruto gasto em serviços de saúde ⁷³.

Os resultados encontrados referentes à acessibilidade nas unidades do município de Colombo mostram-se semelhantes aos de outros estudos em cidades como Porto Alegre, Curitiba, Ribeirão Preto ^{7,8,12}, o que indica que a acessibilidade é um problema a ser enfrentado em muitas regiões brasileiras.

Outro atributo avaliado foi a **Longitudinalidade**, definido por Starfield ^{3,73} como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais da saúde e os pacientes nas unidades de saúde. Para a autora, atenção longitudinal significa que “aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como ‘sua’; que os prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa” (não para a doença). Esse atributo é considerado característica central da APS ⁷⁴ e o atendimento a ele está relacionado com resultados positivos, o que justifica sua avaliação para definição do serviço quanto voltado à APS ⁷⁴.

A longitudinalidade apresentou escores gerais baixos em ambos os tipos de unidade (tabela 7) com diferença estatisticamente significativa entre eles para todos os itens do atributo, sendo melhor para as de ESF. Quanto aos itens facilidade de poder telefonar para falar com os profissionais de saúde e tempo que o profissional dedica para ouvir as queixas e preocupações dos pacientes, os resultados devem ser cotejados com o número de profissionais disponíveis para os atendimentos. Além das características da prática profissional adequada e centrada nos usuários. Apesar desse resultado geral não satisfatório, nas unidades ESF, dois dos itens desse atributo registraram valores considerados altos para APS, sendo eles “o mesmo profissional

que atende a criança no serviço” e “o profissional entende o que você diz ou pergunta”.

Esse resultado assemelha-se aos de outros estudos^{75,76} que também apontaram um escore maior nas unidades ESF em relação às UBS, embora os escores médios gerais tenham ficado abaixo do considerado ideal.

Outro atributo avaliado é a **Coordenação**, o qual foi dividido no PCATool em “**Integração de Cuidados**” e “**Sistemas de Informação**”. Starfield⁷³ preconiza que a coordenação é essencial para a obtenção de outros aspectos: sem ela, “a longitudinalidade perderia muito do seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função do primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa”. Com a finalidade de conceituar o atributo coordenação, Starfield³ afirma ser um “estado de estar em harmonia numa ação ou em um esforço comum”, ou seja, o profissional de atenção primária deve estar ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto no qual estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde. “A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”⁷³.

Com relação à **Coordenação - Integração de Cuidados**, as perguntas realizadas para as famílias se basearam no cuidado integrado entre a unidade de atendimento usual e uma possível unidade de atendimento especializado. O gráfico 8 indica que as unidades ESF foram reconhecidas com alto valor de escore geral, 7,54. Para 4 dos 5 itens avaliados obteve média superior à 7, ficando abaixo somente o item referente a “depois da consulta com o especialista, o profissional do seu serviço conversou com você”. Nas UBS, a única média acima de 6,6 foi em relação ao item

“houve indicação do seu serviço a um especialista”. Mesmo considerando um escore aquém do ideal para as condições de APS, as UBS obtiveram uma média acima de 50% em todos os itens deste atributo.

No que tange as considerações sobre o atributo **Coordenação – Sistemas de Informação**, as famílias foram questionadas quanto à exigência da carteira da criança no momento das consultas, a disponibilidade e o acesso ao prontuário da criança. A tabela 9 orienta uma semelhança entre as médias e diferença estatisticamente significativa entre as UBS e ESF (6,16 e 6,30 respectivamente). Em ambas, os maiores valores foram encontrados no item “você leva a carteira da criança nas consultas”, o que indica que os registros necessários (acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, tabela de vacinação) são valorizados nas consultas do serviço de atenção básica de saúde. Observa-se também que o acesso ao prontuário da criança pela família está aquém do considerado ideal na APS. Starfield³ compreende que as informações compartilhadas por meio do prontuário são um meio de melhorar o fluxo da atenção primária.

O aprimoramento desse atributo é considerado para muitos autores como um dos grandes desafios da implantação da APS, pois na maioria dos estudos este escore apresenta-se baixo⁷³. Entretanto, sabe-se que a coordenação das informações facilita o reconhecimento do histórico de saúde do paciente, o que favorece a continuidade e a implantação de tratamentos e prevenção de agravos.

O próximo atributo da APS a ser discutido quanto à sua presença e extensão é a **Integralidade**. Starfield⁷³ afirma que este atributo exige que a Atenção Primária reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Tais serviços devem

variar de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações.

Connil⁷⁷ complementa ao afirmar que a avaliação da integralidade observa um conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde e esta só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade.

O atributo **Integralidade** foi dividido em dois elementos por Starfield em seu instrumento PCATool de avaliação³: “**Serviços Disponíveis**” e “**Serviços Prestados**”. Serviços disponíveis representa o elenco de ações disponibilizadas pela Unidade de Saúde, de forma a disponibilizar recursos para atender amplamente a diversidade e as necessidades de saúde relacionadas à população, sob sua responsabilidade. Para tanto, deve-se construir articulações que possibilitem atender aos usuários no que seja necessário, incluindo encaminhamento a serviços de outros níveis de atenção à saúde. Necessita-se ainda dispor de retaguarda para serviços de internações hospitalares e domiciliares, possibilitando recursos para manejar problemas específicos.

Na tabela 10 referente aos **Serviços Disponíveis**, pode-se observar que tanto as Unidades Básicas de Saúde quanto as com ESF permaneceram com escore geral abaixo do considerado ideal para APS (4,72 e 6,60). Nota-se que em ambas as unidades o serviço de vacinação apresenta um escore acima de 80%, sendo maior nas UBS. Contudo, serviços como sutura de pontos e planejamento familiar, obtiveram médias acima de 70% apenas nas unidades com ESF. Entre os 9 itens avaliados nesse atributo, 2 obtiveram escores abaixo de 5 nas unidades com ESF e nas UBS: aconselhamento e testes anti HIV e aconselhamento de uso prejudicial de drogas. No que se refere exclusivamente às Unidades Básicas de Saúde, observa-se que 8, dos 9

itens, ficaram aquém da média ideal para APS, já nas ESF 6 itens que tiveram esse mesmo índice. O escore geral das UBS e das ESF mostrou diferença estatisticamente significativa entre os serviços disponibilizados nas unidades.

Almeida e Macinko⁷⁶ encontraram, em estudo dessa natureza, em Petrópolis, RJ, diferença estatisticamente significativa no escore geral de unidades ESF e UBS, sendo a maior média identificada nas ESF, o que também é evidenciado por outros estudos⁷⁸ realizados no âmbito da atenção básica.

O segundo elemento que compõe o atributo **Integralidade** é relativo aos **Serviços Prestados**, o qual se refere à realização de orientações referentes a como manter a criança saudável (alimentação adequada, boa higiene, sono adequado), como manter medicamentos com segurança, orientações referentes ao crescimento e desenvolvimento da criança, maneiras adequadas de lidar com problemas de comportamento da criança e, por fim, maneiras de manter a segurança da criança (evitar tombos, queimaduras, etc).

Os resultados referentes a esse atributo estão disponíveis na tabela 11, onde se pode perceber que as unidades com ESF atingiram um alto escore para APS ao obter média 6,60, ao contrário nas Unidades Básicas, as quais obtiveram média 4,46. O item “segurança no lar – como guardar medicamentos” foi o que atingiu a média mais baixa em ambas as unidades. Em contrapartida, observa-se as maiores médias (inclusive ultrapassando o escore 7 nas ESF) no item relativo a orientações para manter a criança saudável – alimentação, higiene e sono adequados. Em todos os itens desse atributo percebe-se diferença estatisticamente significativa entre as unidades.

Orientação Familiar foi outro atributo avaliado nesse estudo. Para Pereira⁷⁹ esse atributo apresenta inter-relação à integralidade da atenção, uma vez que as relações estabelecidas no contexto familiar e os fatores que possam expor o usuário a condições adversas ou favoráveis ao processo saúde doença, são considerados na prática de saúde.

Particularmente, no que diz respeito aos princípios da Estratégia Saúde da Família, elaboradas pelo Ministério da Saúde brasileiro, previu-se, como objeto de trabalho da equipe, o usuário inserido em seu ambiente intra e extra familiar. Assim pressupõe-se que a atenção ao usuário deve ter articulação com o enfoque na família.⁶

Para avaliar esse atributo foram questionados itens referentes ao conhecimento que os profissionais do serviço de saúde têm sobre a família da criança, os problemas de saúde da família como um todo, dos empregos dos membros da família, das dificuldades em obter medicamentos para a família, o reconhecimento da opinião dos familiares a cerca do tratamento da criança e, finalizando, o histórico de doenças da família.

Os resultados apontados na tabela 12 mostram que houve diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos de unidades, tanto no escore geral quanto em cada um dos itens que compõem esse atributo, sendo todos os escores com valores médios maiores para as unidades com ESF.

Diante desses resultados, fica evidente que nas unidades com ESF os usuários verbalizam, com mais frequência, que os profissionais conhecem bem as famílias, abordam aspectos sociais e fatores de risco familiares e acreditam que os

profissionais falariam com os familiares. Além disso, indicam que nas ESF um dos atributos que marca a diferença do modelo de atenção hegemônico vem sendo desenvolvido.

Ao contrário, observam-se escores muito baixos nesses itens para as famílias das UBS. A maior média encontrada para essas unidades foi de apenas 4,81 no item “o profissional conhece problemas de saúde da família”, e as menores médias se apresentaram nos itens “o profissional saberia dos problemas da família para conseguir medicações” (2,56) e “o profissional sabe do emprego dos responsáveis pela criança” (2,38).

No estudo de Pimenta et al⁷⁹, as respostas dos usuários resultaram em valor geral de escore 2,2 no município estudado; assim os autores consideram que apesar de se passar mais de 12 anos da implantação da ESF naquele município, a prática de atenção à família ainda não foi incorporada na produção em saúde.

Relativo ao município de Colombo, nota-se um escore significativo nas unidades ESF (6,65), ao contrário dos estudos supra citados, indicando melhor adequação aos pressupostos da APS. Diferentemente das UBS, as quais estão com escore geral muito aquém do considerado ideal (3,45), o que reflete o quanto a família não tem sido destaque no processo de formação e assistência à saúde nas unidades básicas tradicionais.

Freitas⁸⁰ complementa afirmando que “embora a ESF, desde a sua implantação, apresente como foco a família, não se evidencia, nos documentos analisados e especialmente na Política de Atenção Básica, nas proposições tecnológicas e finalidades a valorização da família e de suas redes de relações.”

O último atributo a ser discutido é **Orientação Comunitária**. Starfield⁷³ afirma que a Atenção Primária orientada para a comunidade tem sido definida de muitas formas diferentes. Comum a todas elas é a ideia de que é uma abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de uma população definida.

Uma abordagem orientada para a comunidade aplica os métodos da prática de saúde epidemiológica, clínica, ciências sociais, pesquisas e avaliação de serviços de saúde para tarefas como: definir e caracterizar a comunidade; identificar os problemas de saúde da comunidade; modificar programas para abordar esses problemas e monitorar a efetividade das modificações no programa. Pereira complementa ao afirmar que partindo do pressuposto que as necessidades das pessoas têm estreita relação com o contexto social, sendo essa perspectiva incorporada à prática assistencial dos profissionais, pode-se afirmar que o princípio da integralidade estará sendo potencializado.

Para esse atributo os responsáveis pelas crianças foram questionados sobre a realização de visitas domiciliares pelo serviço, o reconhecimento dos profissionais sobre problemas de saúde da vizinhança, a realização de pesquisas para identificar problemas da comunidade e a existência de convites para a comunidade participar dos Conselhos Locais de Saúde.

Os resultados apresentados na Tabela 13 mostram que os escores gerais que compõem esse atributo apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de unidades. As unidades com ESF apresentaram um escore geral de 5,60 e as UBS de 1,80. Destaca-se a grande diferença entre as unidades no que se refere à

existência de visitas domiciliares, sendo que na ESF a média para esse item é considerada adequada para APS, com média de 7,57, enquanto que a UBS atingiu uma média de apenas 1,16. Focando nesse item percebe-se que não há a prática de visitas domiciliares nas UBS, distanciando-as dos pressupostos da APS.

Diante desses resultados comenta-se sobre a precariedade das médias quanto à participação da comunidade em Conselhos Locais de Saúde em ambas as unidades, com médias inferiores a 3,6. Esses resultados indicam que a participação da comunidade nos conselhos de saúde tem sido restrita, por parte dos usuários dos serviços da atenção básica de saúde, ou podem até mesmo desconhecer sobre esta instância de participação popular. Essa situação de desconhecimento foi assinalada por Wendhausen⁸¹, que destaca que “as pessoas em geral não sabem da existência dos conselhos de saúde”.

O item “realização de pesquisas na comunidade” também teve médias inferiores nos dois tipos de unidades, embora maior na ESF.

Diante desses resultados, as unidades ESF apresentam desempenho mais direcionado à comunidade que as UBS, mas ainda estão aquém das recomendações indicadas para serviços de APS.

Outros estudos^{79,80} evidenciam que a atenção à saúde não enfocam na comunidade, atribuindo médias que variam entre 2,2 e 2,9 em seus resultados.

Para facilitar a visão geral dos atributos e dos desempenhos nas unidades ESF e UBS, os resultados foram reunidos na tabela 14 e desenhados no gráfico 1, onde verificam-se 10 atributos da APS e seus escores a fim de compará-los entre os dois tipos de unidades.

Fica evidente, portanto, que o escore geral referente a todos os atributos das unidades ESF se mostram com média de 6,57, enquanto nas UBS o escore geral é de 3,88, ou seja, os pressupostos da APS não estão inseridos nas rotinas de ambas as unidades, embora as de ESF encontram-se muito próximas de atingirem a média considerada ideal (6,6).

Ao avaliar as unidades isoladamente, nota-se que as ESF obtiveram média superior a 6,6 em 5 dos 10 atributos estudados (Orientação Familiar, Integralidade – Serviços Prestados, Coordenação – Integração dos cuidados, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Grau de Afiliação). Esse resultado indica que os responsáveis das crianças atendidas nas unidades ESF referem ter mais frequentemente acesso à utilização dos serviços de saúde, utilizam com mais frequência a unidade de saúde como porta de entrada para o sistema de saúde, estabelecem com maior constância um atendimento integrado entre os serviços e referem reconhecer a valorização dos profissionais quanto ao vínculo com a família.

No entanto, os atributos Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação – Sistemas de Informação, Integralidade – Serviços Disponíveis e Orientação Comunitária apresentaram um escore abaixo do considerado ideal para APS, identificando fragilidades quanto aos seguintes fatores: conhecimento da unidade sobre a comunidade em que ela está inserida e presta atendimento, disponibilização de ações básicas (retirada de pontos, orientações e prevenção de drogas, auxílio à saúde mental e visual, entre outros), sistema de registro das informações (prontuários), atendimento focado na relação pessoal, de longa duração, entre os profissionais e os responsáveis pelas crianças e acesso à unidade de saúde (distância, redução de recursos humanos disponíveis, carga horária reduzida).

No que tange exclusivamente as UBS, o escore geral obtido foi de 3,88 e todos os atributos foram considerados abaixo do ideal para APS. As maiores médias foram encontradas no atributo “Acesso de Primeiro contato – Utilização” e “Coordenação – Integração de Cuidados”. Esse resultado permite afirmar que, embora haja um maior reconhecimento quanto à integração dos cuidados nas unidades básicas de saúde e os serviços de assistência especializada e no acesso às consultas, estes ainda encontram-se aquém do esperado para serem considerados como Atenção Primária à Saúde. Ressaltam-se as médias mais baixas para esse tipo de unidade as que compõem os atributos Grau de Afiliação e Orientação Comunitária, destacando as grandes dificuldades que as unidades tradicionais têm de vincular seus usuários e reconhecê-los como parte de uma comunidade.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer desta produção, abordamos, com colaboração de diversos estudiosos, a complexidade da temática avaliação e, em especial, da avaliação em saúde. No desenvolvimento desta investigação esta característica foi sendo cada vez mais evidenciada e reforçada. Compartilhamos o pressuposto de que o:

zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática deveria ser uma preocupação de cada um em sua atividade profissional [...] o interesse de avaliar sua própria prática é algo que, se minimamente despertado, pode transformar o fazer, fortalecendo a dedicação e a vontade de acertar inerente àqueles que no seu cotidiano dedicam-se a função pública.⁸²

No processo de avaliação atribuído no objetivo desse estudo, obtivemos resultados satisfatórios para as unidades de ESF, evidenciando uma proximidade significativa com os pressupostos atribuídos por Barbara Starfield³ e pelo Ministério da Saúde do Brasil⁶ da Atenção Primária à Saúde. Foram identificados fatores positivos no atendimento prestado por essas unidades de saúde e que deverão ter esforço o suficiente para manter a qualidade do serviço prestado no que tange a APS. Entretanto, considera-se fundamental a necessidade de repensar alguns fatores que se mostraram insuficientes para a qualidade do serviço como sendo voltado à Atenção Primária.

Nessa direção, ressaltamos a necessidade de repensar o atendimento oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde, consideradas tradicionais, e voltar o foco a fim de estabelecer os atributos da Atenção Primária em todas as direções.

Os resultados obtidos nesse trabalho de avaliação estão em consonância com o Plano Municipal de Saúde do município de Colombo⁵, o qual levanta fatores condicionantes e determinantes dos problemas de saúde da população e busca aprimorar os eixos de intervenção com o propósito de aderir ao foco do Ministério da Saúde em transformar os serviços de saúde em Atenção Primária à Saúde.

Todos os atributos são considerados fundamentais para esse processo de mudança na prática de saúde, mas em particular a complexidade de promover a mudança na esfera da avaliação tem uma dimensão importante, tanto quanto é revestida de dificuldades e resistências para sua própria mudança, portanto cabe aos órgãos do sistema de saúde se apropriar destas responsabilidades sociais em seus processos de trabalho. Com isso, ressalta-se a importância de compreender que, embora o conceito de avaliação enfatize a questão do juízo de valor, a preocupação operacional deve predominar, fazendo com que seja a medida, e não o juízo, a questão mais desenvolvida.

Esses consensos ou discussões podem vir a conferir um sentido ampliado para a análise do desempenho das metas pactuadas, inserindo-as numa perspectiva mais integrada e participativa de avaliação da qualidade dos sistemas municipais de saúde. Para além da necessária exigência administrativa de regular ou assegurar repasses de recursos, é preciso não perder de vista os princípios fundamentais que orientam a política de saúde.

Nesta direção, a presente investigação realizou uma pesquisa avaliativa, de uma realidade de um espaço local buscando identificar avanços e limites nas características organizacionais e de desempenho de um conjunto de unidades de saúde, tipo ESF e UBS, visando produzir recomendações para a organização do

sistema de saúde municipal na perspectiva do fortalecimento do serviço público de saúde.

No que se refere ao desenvolvimento do projeto, foi necessário estabelecer estratégias apontadas na literatura para garantir as propriedades da amostra calculada. As perdas e recusas precisaram ser substituídas e, para isso, foi necessário aumentar o número de visitas com o propósito de minimizar o viés de não resposta. A obtenção de dados primários qualifica o estudo quando confrontados com os valores médios agregados obtidos em estudos passíveis de vieses ou com base em dados secundários.

Essa avaliação contemplou apenas a experiência dos responsáveis pelas crianças atendidas nos serviços, que possivelmente está muito vinculada às suas necessidades, demandas pessoais e algumas características de estruturas dos serviços, que podem não representar integralmente a complexidade do processo que define a qualidade dos serviços. Apesar de o instrumento utilizado incorporar características quantitativas, estas são condensadas em um valor final com pesos constantes entre si, sendo assim, não existe a certeza de qual o adequado valor de cada atributo para a definição do escore geral da APS. Isso poderia ser melhorado por meio de outras análises que buscassem determinar o impacto de cada atributo, individualmente, no grau de orientação à APS, confrontando-o com desfechos em saúde.

Alem disso, por se tratar de um estudo transversal, os resultados aqui discutidos não estão livres da causalidade reversa. Quando definimos no método vínculo com o serviço e o número de consultas realizadas como determinantes do grau de orientação para APS, não estamos garantidos de que essa relação seja inversa, isto é, que perceber o serviço como forte orientação para APS leve a maior utilização do mesmo.

Considera-se que muito ainda tem que se produzir no propósito de avaliar os serviços de saúde em âmbito nacional, inclusive para propiciar a comparação regional entre os desempenhos da APS com o propósito de aperfeiçoar os atendimentos em todo território nacional.

Dessa forma, espera-se que esses resultados que emergiram dos que utilizam e são a razão principal para se implantar os serviços de saúde, sejam agregados como valores para o aprimoramento institucional e profissional na tomada de decisão daqueles que operam as políticas públicas, em particular da saúde, em defesa de uma sociedade mais equânime.

***Referências
Bibliográficas***

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trapé CA, Fujimori E, Bertolozzi MR. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Atenção à Saúde da Criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a Saúde da Criança na Atenção Básica. São Paulo: Manole, 2009. p.26-9.
2. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington (US): OPAS; 2007.
3. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS (acessado em 20/12/10). Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
5. Colombo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2010-2013. Colombo (PR); 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde 2005.
7. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos essenciais da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008 (dissertação)

8. Harzhein E, Stein AT, Dardet CA. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v.18, n.1, 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
10. Organização Mundial da Saúde. Resolutions of the Directing Council –CD27 R.20. 1980 [acesso em 20 de julho de 2012]. Disponível em: http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_27.htm
11. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata. *In: Proceedings of the Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*; 1978. Alma Ata (URSS); 1978.
12. Benguigui Y. A situação de saúde da criança na America Latina e a implantação da estratégia AIDPI. Washington: OPAS; 2005.
13. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, *et al.* Operational definition of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007 Jul-Ago; 5 (4): 336-44.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. *In: Proceedings of the VII Conferência Nacional de Saúde*; 1986. Brasília, 1986
15. Tanaka OU, Escobar EMA, Gimenez ASM, Camargo KG, Lelli CLS, Yoshida TM. Gerenciamento do setor saúde na década de 80 no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. v. 26 n.3 São Paulo jun. 1992
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

17. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu funcionamento? *Ciência Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 403-15
18. Bodstain R. Atenção básica na agenda da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(3): 401-12.
19. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Garcia WE. Políticas para crianças de zero a seis anos: sumário de conclusões e recomendações. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada; 1993.
21. Saporoli ECL, Adami, NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1): 92-8.
22. Gomes AMT, Oliveira DC. O processo de trabalho do enfermeiro no PAISC: uma análise a partir das representações sociais. *Rev Enfermagem UERJ*; 2003; 11: 139-6.
23. Malveira EAP, Souza IEO. O cuidado de saúde a crianças: a posição prévia a partir das políticas públicas. *Texto e Contexto Enferm*; 1998; 7 (2): 244-54.
24. Veríssimo MLÓR, Mello DF, Bertolozzi, MR, Chiesa AM, Sigaud CHS, Fujimori E, et al. A formação do enfermeiro e a estratégia da Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(4): 396-400.
25. Frota MA. Reflexões sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. *Rev Enfermagem em Foco* 2010; 1(3):129-132

26. Victora CG et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Revista The Lancet publicado online 9 de maio de 2011 DOI 10.1016. S 0140-6736(11)60138-4
27. Chiesa AM *et al.* Potencialidades das dimensões tecnológicas do cuidado no cenrio do Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo. Rev Eletron Tempus – Actas de Saúde Coletiva. Brasília. 2007.
28. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade de assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1187-93, jun, 2010.
29. Equipes de Saúde da Família. [homepage na Internet]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros> (acessado 14/03/2012).
30. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva, 2006.11(3):633-41
31. Junior KRC et al. Avaliação da atenção básica pela ótica politico-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S58-S68, 2008.
32. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e diferenças conceituais. Rev APS, v.12, n.2, p. 204-13; 2009.
33. World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Genova: World Health Organization; 1978.
34. Institute of Medicine. A manpower policy for primary health care: a report of a study. Washington DC: National Academy of Sciences; 1978.

35. Starfield B. Foro Políticas de Salud, equidad y atención primaria. Revista Geresia y Políticas de Salud. Noviembre 2001
36. Starfield B. A framework for primary care research. *J Fam Pract* 1996; 42: 181-5.
37. Starfield B. Comparações Internacionais. *In: UNESCO Brasil Ministério da Saúde*, ed. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília 2004: 34-40
38. Harzhein E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre: Universidad de Alicante; 2004.
39. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457-502.
40. Shi L, Starfield B. Primary Care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed level analysis. *Int J Health Serv* 2000; 30:541-55.
41. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004^a.
42. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt* 2004; 19:303-17
43. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4: 317-21.
44. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil *In: Hartz ZMA, Vieira LM, organizadores. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à*

- Prática na avaliação de Programa e Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005 p 9-10.
45. Furtado JP, LaPerrierre H. Avaliação da avaliação. *In: Onocko RC, Furtado JP, organizadores*. Desafios da avaliação de Programas de Serviços em Saúde. Campinas: editora Unicamp, 2011. p. 19-39.
46. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para as práticas nas instituições. *In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores*. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: editora Medbook, 2010 p 1-13.
47. Miranda AS. Proposição de escopo para a avaliação da gestão no SUS. Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2005.
48. Conill EMC. Ação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2003^a.
50. TANAKA OU; MELO C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo, EDUSP, 2004.
51. Donabedian. The seven pillars of quaity. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-8
52. Carvalho MR. Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1, contribuição para sua distritalização [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991

53. Ortiga AMB. Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC, (1994-1998) [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina;1999
54. Larizgoitia J, Starfield, B. Reform of primary care: the case of Spain. *Health Policy* 1997; 41:355-65
55. Starfield B, Cassady C, Namda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract* 1998; 46:216-25
56. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Defining primary care. Empirical analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. *Med Care* 1997; 35: 655-68
57. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e Famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Ed Roca, 2009. p 1-5.
58. Wright LM, Bell JM. A survey of family nursing education in Canadian universities. *The Canadian Journal of Nursing Research*, v.21, n.3, p. 59-74, 1989.
59. Wernet M, Ângelo M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo; 2003; 37(1):19-25.
60. Santos MA, Henrique VC, Silva VC. A compreensão das mães acerca da consulta de puericultura numa Unidade de Saúde da Família. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, vol 3, nr 3: 1-14, 2009.

61. Ipar-des. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico. Município de Colombo. Colombo-PR, Agosto 2010.
Disponível em :
<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=83400&btOk=ok> (acessado em 10/03/2011).
62. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultado CENSO 2010. Extraído de [<http://WWW.ibge.gov.br>], acesso em [26 de agosto de 2012]
63. Silva DI, Gonçalves JB, Plucheg VC, Mazza VA, Junior, HS. Reorganização da Atenção à Saúde da Criança em Colombo, Paraná, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública. 2012: 251-262.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – estatísticas vitais. Extraído de [<http://WWW.datasus.gov.br>], acesso em [26 de agosto de 2012].
65. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Brasília; 2004.
66. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ªed. Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro, 2001.
67. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
68. Starfield B. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil. Versão Final e validada. 2010.

69. Brasil. Senado. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. D.O.U., 1996.
70. Santos MA, Henrique VC, Silva VC. A compreensão das mães a cerca da consulta de puericultura numa Unidade Saúde da Família. Rev Rede de Cuidados em Saúde, Rio de Janeiro, 2012.
71. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – 10, Brasília, Organização Pan Americana de Saúde, 2006, 215p.
72. Wolff LDG, Castanharo RCT. Gravidez na adolescência e desempenho ocupacional: um problema de saúde emergente no município de Colombo-PR. Rev Cogitare, Curitiba, 2012.
73. Starfield B. Atenção Primária – Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
74. 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. Rev Ciência e Saúde Coletiva, 16 (Supl.1): 1029,1042.2011
75. Pimenta AL et al. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. Divulgação em Saúde para debate. Rio de Janeiro, n.42, 102-17. 2008

76. Almeida C, Macinko J, Oliveira E.. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de metodologia. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro. v.27, n 65, 2003.
77. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5): 1417-1423, set-out, 2004.
78. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em debate*; 26:37-61, 2002.
79. Pereira MJB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto [Livre-Docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008.
80. Freitas MLA. Referências de qualidade relativas ao programa de saúde da família: um estudo em documentos da política de saúde nacional. [dissertação de mestrado] Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, 2008.
81. Wendhausen A. O duplo sentido do controle social, (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: Univali, 2002.

APÊNDICES

Apêndice I - Instrumento de coleta de dados

Número do questionário: _____ Data dados foram digitados _____ US a qual o sujeito pertence: () ESF () UBS
--

Apresentação:

“Bom dia!

Eu sou...

Estou participando de uma pesquisa sobre o atendimento das Unidades de Saúde.

Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?”

FILTRO 1: Aqui mora o(a) filho(a) de ...(nome da mãe que consta na planilha)
 - Se a resposta for não, interrompa e cancele a entrevista.
 - Se a resposta for sim, continue.

PARTE 1: A - Caracterização

Identificar a criança, a partir dos dados disponibilizados pela Unidade de Saúde e identificar o responsável pela criança.

- Qual o seu parentesco com <nome da criança>?
 Pai
 Mãe
 Avós
 Tios
 Irmão
 Outros Qual?
- Sexo do responsável pela criança
 Masculino
 Feminino
- Qual sua idade?
- Qual sua escolaridade?
 analfabeta
 sabe ler e escrever
 cursou até a

5. A senhora ou algum membro da sua família costumam ser atendidos na Unidade de Saúde <nome da unidade de saúde>?
 () sim, a participante
 () sim, outros membros da família
 () não
 - Se a resposta for Não, interrompa a entrevista.
6. Para quais atividades a senhora leva <nome da criança> na Unidade de Saúde <nome da unidade de saúde>?
 - Se responder que leva para consultas, perguntar:
7. Quantas consultas <nome da criança> fez na unidade?
 - Se responder um número inferior à 3, interrompa a entrevista.
 - Questione quanto à disponibilidade do sujeito em participar da entrevista.
 Aplique o termo de consentimento livre e esclarecido. Caso haja o consentimento, continue, ao contrário, interrompa a entrevista.

PARTE 2:**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA****PCATool - Brasil versão Criança****B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO**

- B1. Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai até a Unidade de Saúde <nome da unidade> antes de ir a outro serviço de saúde?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- B2. Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai à Unidade de Saúde <nome da unidade> antes de ir a outro serviço de saúde?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- B3. Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, a Unidade de Saúde <nome da unidade> tem que encaminhá-lo obrigatoriamente?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

- C1. Quando a Unidade de Saúde <nome da unidade> está aberta e a sua criança fica doente, alguém desse serviço de saúde atende no mesmo dia?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- C2. Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora na Unidade de Saúde <nome da unidade>?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- C3. É fácil marcar hora para uma consulta de rotina da criança na Unidade de Saúde <nome da unidade>?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- C4. Quando você chega na Unidade de Saúde <nome da unidade> você tem que esperar mais do que 30 minutos para que sua criança consulte com o médico ou o enfermeiro?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- C5. É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança na Unidade de Saúde <nome da unidade> quando você pensa que é necessário?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

- C6. Quando a Unidade de Saúde <nome da unidade> está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone, se precisar?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

D - LONGITUDINALIDADE

- D1. Quando você vai na Unidade de Saúde <nome da unidade> é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- D2. Se você tiver uma pergunta sobre a saúde da sua criança, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que sempre atende sua criança?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- D3. Você acha que o médico/enfermeiro entende o que você diz ou pergunta?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- D4. O médico/enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entenda?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- D5. O médico/enfermeiro dá tempo suficiente para você falar sobre suas dúvidas, preocupações e problemas?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

- D6. Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados à sua criança?
- Com certeza, sim() 4
Provavelmente, sim.....() 3
Provavelmente, não.....() 2
Com certeza, não() 1
Não sei/Não lembro() 9
- D7. O médico/enfermeiro conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?
- Com certeza, sim() 4
Provavelmente, sim.....() 3
Provavelmente, não.....() 2
Com certeza, não() 1
Não sei/Não lembro() 9
- D8. O médico/enfermeiro conhece a história clínica completa da sua criança?
- Com certeza, sim() 4
Provavelmente, sim.....() 3
Provavelmente, não.....() 2
Com certeza, não() 1
Não sei/Não lembro() 9
- D9. O médico/enfermeiro sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?
- Com certeza, sim() 4
Provavelmente, sim.....() 3
Provavelmente, não.....() 2
Com certeza, não() 1
Não sei/Não lembro() 9
- D10. O médico/enfermeiro se reuniria com membros da sua família se você achasse necessário para sua criança?
- Com certeza, sim() 4
Provavelmente, sim.....() 3
Provavelmente, não.....() 2
Com certeza, não() 1
Não sei/Não lembro() 9
- D11. Você mudaria de Unidade de Saúde para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?
- Com certeza, sim() 4
Provavelmente, sim.....() 3
Provavelmente, não.....() 2
Com certeza, não() 1
Não sei/Não lembro() 9

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 na Unidade de Saúde <nome da unidade>?
 Sim
 Não **(Passe para a questão F1)**
 Não sei / não lembro **(Passe para a questão F1)**
- E2. A Unidade de Saúde <nome da unidade> sugeriu/indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- E3. O médico/enfermeiro da sua criança sabe que ela fez esta consulta com esse especialista ou serviço especializado?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- E4. O médico/enfermeiro da sua criança ficou sabendo dos resultados dessa consulta?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- E5. Depois dessa consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- E6. O seu médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado à sua criança no especialista ou serviço especializado?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

- F1. Quando você leva sua criança na Unidade de Saúde <nome da unidade> 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...)
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- F2. Quando você leva sua criança na Unidade de Saúde <nome da unidade> o prontuário dela está sempre disponível na consulta?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário /ficha de sua criança se quisesse na Unidade de Saúde <nome da unidade> ?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir apresentaremos uma lista de serviços/orientações que você e sua família podem necessitar em algum momento.

- G1. Vacinas (imunizações)
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

- G3. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.
- Com certeza, sim() 4
- Provavelmente, sim.....() 3
- Provavelmente, não.....() 2
- Com certeza, não() 1
- Não sei/Não lembro() 9
- G4. Programa de suplementação nutricional (ex. leite e alimentos).
- Com certeza, sim() 4
- Provavelmente, sim.....() 3
- Provavelmente, não.....() 2
- Com certeza, não() 1
- Não sei/Não lembro() 9
- G5. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).
- Com certeza, sim() 4
- Provavelmente, sim.....() 3
- Provavelmente, não.....() 2
- Com certeza, não() 1
- Não sei/Não lembro() 9
- G6. Aconselhamento para problemas de saúde mental.
- Com certeza, sim() 4
- Provavelmente, sim.....() 3
- Provavelmente, não.....() 2
- Com certeza, não() 1
- Não sei/Não lembro() 9
- G7. Sutura de um corte que necessita de pontos.
- Com certeza, sim() 4
- Provavelmente, sim.....() 3
- Provavelmente, não.....() 2
- Com certeza, não() 1
- Não sei/Não lembro() 9
- G8. Aconselhamento e solicitação de testes anti-HIV.
- Com certeza, sim() 4
- Provavelmente, sim.....() 3
- Provavelmente, não.....() 2
- Com certeza, não() 1
- Não sei/Não lembro() 9
- G9. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).
- Com certeza, sim() 4
- Provavelmente, sim.....() 3
- Provavelmente, não.....() 2
- Com certeza, não() 1
- Não sei/Não lembro() 9

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

“Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que me diga se nas consultas com o médico ou enfermeiro algum desses assuntos foram conversados com você?”

- H1. Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável , boa higiene e sono adequado.
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- H2. Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- 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.
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- H4. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- H5. Maneiras para manter sua criança segura: evitar tombos, manter crianças longe de fogão.
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

- I1. Você acha que o (a) enfermeiro (a) conhece sua família bastante bem?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- I2. O enfermeiro (a) sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- I3. O enfermeiro (a) sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- I4. O enfermeiro (a) saberia de alguma forma se você tivesse problema em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- I5. O enfermeiro (a) lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- I6. O enfermeiro (a) já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão ou outros)?
 Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

- J1. Alguém da Unidade de Saúde <nome da unidade> faz visitas domiciliares?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- J2. A unidade de saúde <nome da unidade> conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

A seguir será listadas formas de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. A Unidade de Saúde <nome da unidade> realiza alguma dessas?

- J3. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9
- J4. Convida membros da família a participar do Conselho de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?
- Com certeza, sim() 4
 Provavelmente, sim.....() 3
 Provavelmente, não.....() 2
 Com certeza, não() 1
 Não sei/Não lembro() 9

Apêndice II - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado familiar (nome do familiar)

Meu nome é _____. Estou fazendo entrevistas para a pesquisa da enfermeira Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira. Ela é aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e está realizando um estudo a respeito do atendimento de saúde prestado às crianças aqui no município de Colombo. A finalidade do trabalho é avaliar a qualidade do atendimento e assim oferecer contribuições para a melhoria da assistência às crianças nas unidades de saúde.

A entrevista agora seria para avaliar a <nome da unidade de saúde>. Para isso, farei uma coleta de informações com os cuidadores responsáveis pela criança atendida nessa unidade.

Eu não tenho vínculo com essa unidade e as respostas individuais dos participantes não serão apresentadas para o serviço. Somente terão acesso a essas respostas eu e a pesquisadora Vanessa. Estamos coletando dados de muitas famílias, que serão agrupados e as unidades de saúde só saberão os resultados totais.

A participação do cuidador responsável pela criança será por uma entrevista para responder a um questionário, que durará cerca de 20 minutos.

Na apresentação do relatório de pesquisa, serão seguidos passos para garantir o anonimato dos participantes.

Não haverá pagamento pela participação e acredita-se que o único prejuízo é o uso do seu tempo. A senhora (o senhor) tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer prejuízo a seu atendimento de saúde na unidade.

A senhora (o senhor) gostaria de participar?

Declaro ter sido esclarecida(o) a respeito do objetivo, da forma de participação e de utilização das minhas informações, e também quanto à liberdade de recusar ou de interromper, sem prejuízo de qualquer espécie, minha colaboração durante a investigação sobre o atendimento de saúde à criança, que está sendo realizada pela aluna de pós-graduação Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira.

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa investigação.

Assinatura: _____