Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

JANAINA CARVALHO BRAZ MACEDO

Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da
Estratégia Saúde da Família, em um município do
estado do Ceará

Ribeirão Preto

2016

JANAINA CARVALHO BRAZ MACEDO

Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da
Estratégia Saúde da Família, em um município do
estado do Ceará

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
como quesito parcial de avaliação para a
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao
Adolescente.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cândida de
Carvalho Furtado

Ribeirão Preto

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da
Estratégia Saúde da Família, em um município do estado do
Ceará

MACEDO, J.C.B.

Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família, em um município do estado do Ceará. Ribeirão Preto, 2016.

124p. : il. ; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Maria Cândida de Carvalho Furtado

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Cuidado da Criança

MACEDO, Janaina Carvalho Braz

Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da
Família, em um município do estado do Ceará

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
como quesito parcial de avaliação para a
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus exemplos de vida, **Painho e Mainha...**

Ao meu grande e eterno amor, **meu esposo Gader**, companheiro fiel com quem
compartilho a vida...

Ao meu grande tesouro, **meu filho João Alencar**, que me ensina sobre o amor a
cada amanhecer.

A todos os cidadãos usuários do Sistema Único de Saúde.

Agradecimentos

Agradeço a *Deus*, pela vida e por providenciar cada detalhe desta minha caminhada.

À minha querida orientadora, *Profª Drª Maria Cândida de Carvalho Furtado*, por ter acreditado em minhas possibilidades e pela oportunidade de realizar este trabalho sob a sua preciosa orientação. Minha profunda gratidão pelo seu companheirismo e pela amizade que me acompanham desde o Mestrado.

Ao *Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcencio*, que tão gentilmente colaborou na produção deste trabalho. Obrigada pela confiança, pelo apoio e pela dedicação.

Ao *Antonio Ramos*, pela competência e pela dedicação na análise dos dados.

Muito obrigada às *mães* que participaram deste estudo, pela disponibilidade e confiança. Espero que este trabalho possa trazer contribuições para a melhoria da assistência à saúde das nossas crianças.

Às *Equipes de Saúde da Família de Guazeiro do Norte e à Secretaria Municipal de Saúde de Guazeiro do Norte*, obrigada pela abertura oferecida, pela pronta acolhida e por tornarem possível este estudo.

Aos *alunos auxiliares de pesquisa*, muito obrigada pela dedicação e esforços.

À *Enfermeira Janaina Rebouças*, obrigada por viabilizar o vínculo com os auxiliares de pesquisa.

Às *Professoras Drª Ione Carvalho Pinto e Drª Aldaia Cassanho Forster* que, por ocasião do Exame de Qualificação, ofereceram sugestões valiosas para a finalização deste trabalho.

Às amigas conquistadas na Pós-Graduação desde o primeiro dia de aula (*Andreara Almeida, Paula Workers, Talitha Bordini, Jael Bernardes, Franciele Maia, Renata Pagoti, Raquel Pan, Gisele Pietro*), obrigada pelo companheirismo, por compartilharmos nossas vivências e por muitas gargalhadas.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP obrigada pelo amparo, desde o Mestrado.

Aos meus pais, **João e Cirlei**, serei eternamente grata pela vida, pelo amor e pela pessoa em que me tornei. Amo muito vocês!

Ao meu esposo amado, **Jader**, pessoa que escolhi para partilhar a vida, sou imensamente grata pelo amor que nos envolve. Obrigada por estar sempre ao meu lado, não apenas nos momentos de alegrias, como também nos momentos de medos, inseguranças, hesitações. Amo você!

Ao meu filho, **João Alencar**, por despertar em mim o mais belo sentimento que já experimentei, o amor de Mãe. Você me tornou um ser humano melhor, meu filho. Amo você imensamente!

À minha amada **família** que sempre renova as minhas forças para eu seguir em frente, muito obrigada.

Aos meus sogros, **Tio Alencar e Tia Semirames**, a minha gratidão por me receberem tão bem na família de vocês. Muito obrigada pelo carinho e pela confiança. Vocês são muito especiais!

À **família do meu esposo**, sou imensamente grata por me acolherem de forma calorosa, amenizando os dias difíceis.

As amigas que deixei em Ribeirão Preto, **Paulinha, Carolzinha, Laris**, obrigada pelos momentos em que estivemos juntas,

Aos meus **amigos** que, mesmo distantes, fizeram-se presentes: obrigada pelo carinho e amizade!

Minha gratidão a todos aqueles que estiveram ao meu lado nesses anos de estudo.

Muito obrigada!

RESUMO

MACEDO, J.C.B. **Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família, em um município do estado do Ceará.** 2016. 109 f. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Objetivo: Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e o grau de afiliação do usuário em Unidades de Saúde da Família (USF) a partir da experiência das mães/cuidadores. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, com dados coletados em todas as 56 equipes de Saúde da Família, da zona urbana de Juazeiro do Norte, CE. Mediante entrevista no domicílio com 317 mães/cuidadores, utilizou-se o instrumento PCATool–Brasil (versões Infantis) e um roteiro com questões relacionadas aos aspectos socioeconômicos e caracterização clínica da criança. Realizou-se análise univariada com a descrição de medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, os atributos de APS foram analisados em relação às variáveis econômicas e sociais. Realizou-se também dicotomização das variáveis e assim construção de tabelas de contingência com aplicação do teste qui-quadrado de associação. **Resultados:** Na avaliação da APS, na perspectiva dos cuidadores, o grau de afiliação indicou que 57,1% deles utilizam o mesmo serviço de saúde para o atendimento das crianças, sendo o enfermeiro a pessoa que melhor conhece sua criança. Os subitens do atributo Acesso de primeiro contato (utilização do serviço e acessibilidade) apresentaram *escore* baixo, como também a Longitudinalidade, apesar de alguns itens avaliados dentro desse atributo apresentarem valores elevados de *escore*. Coordenação (integração de cuidados) foi outro atributo que revelou baixo *escore*. Coordenação (sistema de informação) apresentou *escore* elevado. A Integralidade da atenção (serviços disponíveis) obteve baixo *escore*. No que diz respeito à Integralidade (serviços prestados), obteve-se elevado *escore*. Orientação Familiar apresentou o menor *escore* de todos os atributos avaliados pelo PCATool neste estudo. Da Orientação Comunitária, somente o item “visita domiciliar” obteve *escore* acima do corte. Desse modo, os *escores* Essencial e Geral obtiveram valores médios classificados como baixos na avaliação dos cuidadores de menores de um ano. Na fase analítica, verificou-se associação entre as variáveis sociodemográficas “receber auxílio do Bolsa Família” e “histórico de aborto” e o desfecho diarreia, tendo-se que a Bolsa Família (OR=0,51; IC95%:0,31–0,85) foi encontrado como fator de proteção para os episódios de diarreia, enquanto que o histórico de aborto foi chance para esse desfecho (OR=2,25; IC95%:1,15–4,38). Também se buscou associação entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho pneumonia e as variáveis que explicaram esse desfecho foram “não acesso ao abastecimento de água na rede pública” e ainda “não utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde”; as crianças nessas condições apresentaram mais chances de serem internadas em algum momento por pneumonia. **Conclusão:** A avaliação da assistência à saúde da criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família evidenciou pouca presença e extensão dos atributos da APS, embora o município disponha de alta cobertura de ESF. Nessa perspectiva, apesar de a ESF ser um cenário preferencial para as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos e de se constituir como porta de entrada para os serviços, nesta investigação, não alcançou uma assistência à criança com ênfase na integralidade do cuidado. Além disso, o modelo de assistência sem

foco na família e sem participação da comunidade configura, ainda, a execução de práticas assistenciais tradicionais, voltadas para um modelo que pouco permite ampliar o olhar para quem se cuida. Como limitações, tem-se a ocorrência de movimento grevista no período de coleta de dados, momento no qual as famílias tiveram dificuldades de acesso aos serviços de saúde no município, o que pode ter avaliado negativamente os dados. Identificou-se também grande número de cuidadores que indicaram outros serviços da rede assistencial como referência para o cuidado da criança. Esse achado parece fragmentar ainda mais a assistência infantil e ter contribuído para que os atributos da APS fossem mal avaliados. Nesse sentido, os resultados desta investigação, de caráter avaliativo da APS, devem ser discutidos com as instâncias de decisão, com profissionais da rede de saúde e com a comunidade, visto que podem contribuir como ferramentas que orientem as políticas municipais voltadas à assistência da criança. Entendemos que avaliar o cuidado integral à saúde da criança no âmbito da ESF seja apontar caminhos capazes de fortalecer as práticas de saúde e qualificar, ainda mais, a atenção dispensada à criança e sua família.

Descritores: Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Cuidado da Criança.

ABSTRACT

MACEDO, J.C.B. **Assessing of child healthcare in the context of the Family Health Strategy in a municipality of the state of Ceará.** 2016. 109 p. Thesis (PhD). Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Objective: To evaluate the presence and extent of the attributes of Primary Health Care (PHC) and the degree of user membership in the Family Health Units (FHU) from the experience of mothers / caregivers. **Method:** Quantitative and cross-sectional study, with data collected in all 56 family health teams, in the urban area of Juazeiro do Norte, CE. Through interviews at home with 317 mothers / caregivers, we used the PCATool-Brazil instrument (Infant version) and a script with questions related to socioeconomic and clinical characterization of the child. We conducted univariate analysis with a description of measures of central tendency and dispersion and subsequently APS attributes were analyzed in relation to economic and social variables. It held also dichotomization of variables and so building contingency tables with application of chi-square test of association. **Results:** In the evaluation of PHC, from the perspective of caregivers, the degree of affiliation indicated that 57.1% of them use the same health service for the care of children, and the nurse is the person who best knows their child. The sub-items of the first contact Access attribute (using the service and accessibility) had low score, as well as Longitudinality, although some items within this attribute presented high values of score. Coordination (integration of care) was another attribute that showed low score. On the other hand, Coordination (information system) showed a high score. Comprehensive care (available services) got low score; on the contrary, Comprehensive care (services offered) obtained high scores. Family Guidance had the lowest score of all attributes assessed by PCATool in this study. For the Community Guidance, only the item "home visit" had a score above the cut. Thus, the Essential and General scores mean values obtained were classified as low in the evaluation of children caregivers. In the analytical phase, there was an association between sociodemographic variables "receiving aid from government" and "abortion history" and diarrhea outcome, and that the family allowance (OR = 0.51; 95% CI:0.31-0.85) was found as a protective factor for episodes of diarrhea, while abortion history was chance for this outcome (OR = 2.25; 95% CI:1.15-4.38). In addition, we sought association between sociodemographic variables and pneumonia outcome, and the variables that explain this outcome were "no access to water supply in the public system," and "non-use of primary health care services"; children in these conditions were more likely to be hospitalized at some point by pneumonia. **Conclusion:** The evaluation of child health care in Family Health Strategy (FHS) showed little presence and extent of the attributes of PHC, although the municipality available high coverage of this strategy of care. From this perspective, although FHS be a preferred scenario for the actions of promotion of health and disease prevention and to establish itself as the gateway to the services, this research has not achieved a childcare with an emphasis on comprehensive care. In addition, the unfocused care model in the family and no community participation sets also running traditional care practices focused on a model that allows little broaden perspectives for those who was cared. As limitations, there is the occurrence of strike movement in the period of data collection; families probably had difficulties in accessing health services in the municipality, and they may have negatively assessed

the services. There were also identified a large number of caregivers who indicated other services delivery networks as a reference for child care. This finding seems to further fragment the child care and have contributed to the attributes of the PHC were poorly evaluated. In this sense, the results of this research should be discussed with decision-makers, health and community network professionals, as they can contribute as tools to guide municipal policies aimed at child care. We understand that evaluate the comprehensive care of children under FHS is able to point out ways to strengthen health practices and qualifying even more the attention which is paid to children and their families.

Keywords: Health Assessment; Primary Health Care; Child Care.

RESUMEN

MACEDO, J.C.B. **Evaluación de la atención a salud de el niño en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia, en un municipio del estado de Ceará.** 2016. 109 p.. Thesis (PhD). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Objetivo: Evaluar la presencia y la extensión de los atributos de la atención primaria de salud (APS) y el grado de pertenencia del usuario en las Unidades de Salud de la Familia (USF) a partir de la experiencia de las madres/cuidadores. **Método:** Estudio cuantitativo de la sección transversal, con los datos recogidos en los 56 equipos de salud de la familia, el área urbana de Juazeiro do Norte, CE. A través de entrevistas en el hogar con 317 madres/cuidadores, se utilizó el instrumento PCATool-Brasil (versiones para bebé) y una guía con las cuestiones relacionadas con la caracterización socioeconómica y clínica del niño. Se realizó análisis invariado con una descripción de las medidas de tendencia central y de dispersión y, ulteriormente, APS atributos fueron analizados en relación con las variables económicas y sociales. También llevó a cabo dicotomización de las variables y por lo tanto la construcción de tablas de contingencia con la aplicación de la prueba de chi-cuadrado de asociación.

Resultados: En la evaluación de la APS, desde la perspectiva de los cuidadores, el grado de afiliación indicó que el 57,1% de ellos utilizan el mismo servicio de salud para el cuidado de los niños, y la enfermera es la persona que mejor conoce a su hijo. Los subtemas del atributo primer contacto de acceso (utilizando el servicio y accesibilidad) tenían puntuación baja, así como longitudinalidad, aunque algunos elementos evaluados dentro de este atributo presentan altos valores de puntuación. Coordinación (integración de la atención) fue otro atributo que mostró baja puntuación. Coordinación (sistema de información) mostró una alta puntuación. La Integridad de la atención (servicios) tiene baja puntuación. Con respecto a la Totalidad (servicios), se obtuvieron puntuaciones más altas. Orientación familia tenía la puntuación más baja de todos los atributos evaluados por PCATool en este estudio. La orientación de la Comunidad, solamente el artículo "visita domiciliaria" tuvo una puntuación por encima del corte. Por lo tanto, las puntuaciones esenciales y generales significan que valores obtenidos se clasificaron como bajo en la evaluación de niños cuidadores un año. En la fase de análisis, se observó una asociación entre las variables sociodemográficas "para recibir asistencia de la Bolsa Familia" y "la historia de aborto" y el resultado diarrea, y que la Bolsa Familia (OR = 0,51; IC del 95%: 0,31 -0,85) fue encontrado como un factor protector para los episodios de diarrea, mientras que la historia aborto era la oportunidad para este resultado (OR = 2,25; IC del 95%: 1.15 a la 4.38). También buscó asociación entre las variables sociodemográficas y la neumonía resultados y las variables que explican este resultado fueron "sin acceso al suministro de agua en el público," y "no utilización de los servicios de atención primaria a la salud"; niños en esas condiciones eran más propensos a ser hospitalizados en algún punto de la neumonía. **Conclusión:** La evaluación de la atención de salud para el niño en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia mostró poca presencia y extensión de los atributos de APS, aunque el municipio ofrece alta cobertura de FSE. Desde esa perspectiva, aunque el FSE sea un escenario preferido por las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y para establecerse como la puerta de entrada a los servicios, esa investigación no llegó a un cuidado infantil con énfasis en

la atención integral. Además, el modelo de atención fuera de foco en la familia y no hay conjuntos de participación de la comunidad; también se ejecuta prácticas tradicionales de atención se centró en un modelo que permite perspectivas poco Ampliar las de aquellos que se preocupan. Como limitaciones, no es la ocurrencia de movimiento de huelga en el período de recolección de datos, momento en el cual las familias tenían dificultades para acceder a los servicios de salud en el municipio, que pueden tener negativamente evaluados los datos. También se identificó que gran número de cuidadores indican los otros servicios de redes de distribución como referencia para el cuidado de niños. Este hallazgo parece fragmentar aún más el cuidado de niños y han contribuido a los atributos de los APS fueron mal evaluados. En este sentido, los resultados de esa investigación, de carácter evaluativo de la APS deben ser discutidos con los tomadores de decisiones, con los profesionales de la red de salud y con la comunidad, ya que pueden contribuir como herramientas para guiar las políticas municipales dirigidas a la atención del niño. Entendemos que evaluar el cuidado de la salud integral de los niños en el marco del FSE es capaz de señalar las formas de fortalecer las prácticas de salud y de clasificación aún más la atención prestada a los niños y sus familias

Palabras clave: Evaluación de la Salud de Atención Primaria de la Salud Cuidado de Niños.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AMELD	Aleitamento Materno Exclusivo Livre Demanda
APS	Atenção Primária à Saúde
CAGECE	Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
DP	Desvio-padrão
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPECCA	Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente
HRC	Hospital Regional do Cariri
HTJ	Hospital Tasso Jereissati
HVR	Hospital Regional do Cariri
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IRA	Infecção Respiratória Aguda
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PDR	Plano Diretor Regional
PEC	Plano de Expansão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Programa Nacional da Atenção Básica
PNAISC	Programa Nacional de Atenção à Saúde da Criança
PNPI	Política Nacional pela Primeira Infância
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAME	Serviço de Assistência Médica Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Rede de serviços de APS de Juazeiro do Norte 2015.	45
Tabela 2	Taxa de mortalidade infantil e seus componentes (neonatal e pós-neonatal), Juazeiro do Norte-CE, 2010-2013.	46
Tabela 3	Características sociodemográficas dos cuidadores das crianças arroladas para o estudo, Juazeiro do Norte (2014-2015).....	58
Tabela 4	Características dos domicílios das crianças arroladas para o estudo, Juazeiro do Norte (2014-2015).....	59
Tabela 5	Dados obstétricos das mães de crianças arroladas para o estudo. Juazeiro do Norte, 2014-2015.	61
Tabela 6	Tipo de Alimentação Atual dos menores de um ano, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.	61
Tabela 7	Condições de saúde referida das crianças arroladas no estudo, Juazeiro do Norte (2014-2015).....	62
Tabela 8	Valores dos escores dos atributos da APS, nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.....	64
Tabela 9	Valores dos escores dos itens do atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade - nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.	65
Tabela 10	Valores dos escores dos itens do atributo Longitudinalidade, nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016. .	66
Tabela 11	Valores dos escores dos itens do atributo Coordenação – Integração de Cuidados- nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.....	67
Tabela 12	Valores dos escores dos itens do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis - nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.....	68
Tabela 13	Valores dos escores dos itens do atributo Orientação Familiar, nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016. .	69
Tabela 14	Valores dos escores Essencial e Geral. Juazeiro do Norte, 2016.....	69
Tabela 15	Variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos associados às diarreias em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2016.....	71

Tabela 16	Estatísticas obtidas no ajuste logístico multivariado investigando fatores para diarreia em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2015.....	72
Tabela 17	Variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos associados à pneumonia em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2016.....	73
Tabela 18	Estatísticas obtidas no ajuste logístico multivariado investigando fatores para pneumonia em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2016.	74

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 A Atenção Primária à Saúde	23
1.2 Políticas públicas na atenção integral à saúde da criança	27
1.3 Avaliação da atenção primária à saúde	35
2 OBJETIVOS.....	40
2.1 Objetivo Geral	41
2.2 Objetivos específicos	41
3 MATERIAL E MÉTODO.....	42
3.1. Local do estudo	43
3.1.1 Rede de serviços de saúde do município	44
3.1.2 Perfil epidemiológico de Juazeiro do Norte	46
3.1.3 População do estudo e amostra.....	47
3.1.4 Roteiro e instrumento para coleta dos dados	48
3.1.5 Procedimentos para a coleta de dados	50
3.1.5.1 Estudo-piloto	50
3.1.5.2 Pesquisa de campo.....	51
3.1.6 Processamento e análise dos dados.....	52
3.1.7 Aspectos éticos	54
4 RESULTADOS.....	56
4.1 Caracterização sociodemográficas dos cuidadores de menores de um ano	57
4.2 Caracterização obstétrica, das crianças ao nascer e morbidade	60
4.3 Avaliação dos atributos da APS	63
4.4 Associação entre os episódios de pneumonia e diarreia (condições sensíveis à APS) em relação às variáveis sócio-demográficas, antecedentes obstétricos e os atributos da Atenção Primária à Saúde	70
5 DISCUSSÃO	75
6 CONCLUSÃO	89
7 REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICES	107
ANEXOS	116

Apresentação

Essa pesquisa é fruto de um profundo processo de reflexão ao longo dos últimos 25 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Este percurso se iniciou na Graduação em Enfermagem, pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Vitória da Conquista, quando me tornei¹ espectadora da saúde pública e se estendeu com a minha atuação como Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Mortugaba - BA.

Atuando nos diversos cenários que abrangem a ESF, tive a oportunidade de vivenciar vários aspectos relacionados não apenas à assistência, como também à gestão de serviços de saúde. Nesse contexto, experimentei vários sentimentos, deparando-me com a inquietação intrigante de buscar e discutir sobre os problemas de Saúde Pública do nosso País.

Em 2008, surgiu a oportunidade de trabalhar no projeto pioneiro na Bahia, denominado “Saúde em Movimento”, no qual atuei como Enfermeira de Centro Cirúrgico de Oftalmologia. Foi um momento importante em minha carreira, em que vivenciei, de perto, a diversidade socioeconômica da Bahia e também do nosso País. Tal fato instigou-me, ainda mais, o interesse pela saúde pública e surgiu o desejo de avaliar a qualidade da assistência à saúde.

Busquei, assim, aprofundar os meus estudos sobre o tema e, em 2010, comecei a fazer parte do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Foi a partir da minha vivência na ESF e das reuniões do grupo de pesquisa que surgiu o interesse em avaliar a assistência à saúde da criança no âmbito da ESF.

Nesse contexto, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, em fevereiro de 2011, quando tive a oportunidade de aprofundar meu conhecimento em temáticas como saúde pública, construção e produção do conhecimento no cuidado da criança e avaliação de programas e serviços de saúde, culminando com a defesa de minha Dissertação de Mestrado em dezembro de 2012.

Considerando, ainda mais, a relevância da avaliação da assistência da criança como um instrumento imprescindível que possibilita traçar novos caminhos sobre a saúde dessa clientela, ingressei no Doutorado em fevereiro de 2013.

¹ |Apenas nesta apresentação será utilizada a primeira pessoa do singular.

A presente investigação foi dividida em quatro partes. Na primeira, com o intuito de contextualizar o objeto de estudo, procurei discorrer sobre a *Atenção Primária à Saúde, as Políticas Públicas na Atenção Integral à Saúde da Criança e Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Em seguida, apresentei os objetivos propostos.

A terceira parte contempla o referencial metodológico que guiou a realização deste estudo e a metodologia utilizada. Em seguida, apresento os resultados e discuto os dados coletados.

Finalizando, traço algumas considerações sobre o estudo, buscando promover discussões que contribuam no aprimoramento do cuidado integral à saúde da criança.

1 *Introdução*

A avaliação de programas de serviços de saúde é uma ferramenta importante para a gestão, visto que pode contribuir para a melhoria da qualidade da atenção. As políticas de Atenção à Saúde da criança têm priorizado esse processo, no intuito de garantir uma assistência de qualidade a essa população e, conseqüentemente, fortalecer os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente estudo tem como foco a avaliação do cuidado às crianças menores de um ano, dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para contextualizar nosso objeto de estudo, este primeiro capítulo foi dividido em três momentos: *A Atenção Primária à Saúde*, em que se buscou traçar uma linha do tempo apontando os acontecimentos que levaram à proposição de uma atenção à saúde em que indivíduo, família e comunidade, juntamente com equipe de saúde pudessem usufruir de serviços qualificados e oferta-los para atender às necessidades de saúde que se fizessem presentes.

No segundo momento, são destacadas as *Políticas Públicas na Atenção Integral à Saúde da Criança*, construídas em um cenário socioeconômico e político que evoluiu na visão do indivíduo “criança”, como também de suas particularidades e necessidades de cuidado em saúde.

Por fim, abordaremos as bases teóricas da *Avaliação da Atenção Primária em Saúde*, o que nos permite apreender a importância em avaliar os serviços de saúde, de forma específica a assistência ao cuidado integral à saúde da criança, visto que pode fornecer subsídios para um melhor planejamento das ações de saúde.

1.1 A Atenção Primária à Saúde

Após a Primeira Guerra Mundial, em 1920, surgiu, no Reino Unido, a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do Relatório Dawson, que apresentou a necessidade de uma rede de serviços de saúde com acesso universal e que contemplasse ações preventivas e curativas. Tal rede associou a ideia de regionalização e de hierarquização dos cuidados em três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Assim, esse modelo de sistema de saúde foi alicerce para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (STARFIELD, 2002).

Na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros organismos internacionais contemplaram a APS como importante artifício para o desenvolvimento dos Sistemas de Saúde, capaz de assegurar “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”, conforme proposto pela Assembleia Mundial de Saúde. Nesse contexto, desencadeia-se uma série de atividades em busca do redirecionamento dos sistemas de saúde, visando à garantia do acesso universal e ao fortalecimento da APS.

A Conferência de Alma Ata, em 1978, foi um marco desse movimento, visto que codificou a APS como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo e definiu o conceito a atenção primária à saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o País possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do País, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978, p.37).

Além disso, a Conferência especificou os componentes fundamentais da APS: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e de lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

A autora define a APS como um conjunto de ações de saúde que envolve promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e se caracteriza, operacionalmente, pelos seus atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002). Os atributos essenciais são (GOMES *et al.*, 2011; STARFIELD, 2002):

- Acessibilidade: definida como o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um

mesmo problema de saúde, com exceção das emergências e das urgências médicas.

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os pacientes recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde (mesmo os que não possam ser realizados dentro das unidades de APS) incluindo-se os encaminhamentos para serviços secundários e terciários, entre outros.
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado ao cuidado global do paciente.

Os atributos derivados envolvem:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): conhecimento do contexto familiar e seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde.
- Orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade, por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência cultural: adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com as pessoas.

A autora afirma, ainda, que a APS só será adequada a todos os países do mundo, a partir do momento em que for compreendida como estratégia para integrar os diversificados aspectos dos serviços de saúde ou quando o sistema de saúde adote a saúde como um conceito amplo e como direito universal, enfatizando a justiça, a equidade, a auto responsabilidade e solidariedade internacional (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, é notório que a APS possui o papel de nível de atenção central e estruturante dos sistemas de saúde. Entretanto, as diferenças socioeconômicas, culturais e políticas dos países determinam um cenário heterogêneo com resultados variados. Muitos países, principalmente os subdesenvolvidos, adotaram a proposta da APS sem muito êxito, como um conjunto de intervenções de baixo custo. Já os países desenvolvidos avançaram em uma dimensão mais ampliada da APS e obtiveram melhores resultados em saúde e uma melhor relação custo-benefício (ALBUQUERQUE, MENDES, 2009; CASTRO, MACHADO, 2010; CUETO, 2004; MENDES, 2002; RIBEIRO, 2007; STARFIELD, 2002).

Nas décadas de 1960 e 1970, a América Latina exacerbou as discussões sobre seu baixo desenvolvimento social e econômico, além de reconhecer que a população não recebia atenção médica para os problemas de saúde. Nesse contexto, surgiram os programas de medicina preventiva que propunham a elaboração de Planos de Saúde e a adoção de programas de extensão de cobertura (CANTILLANO, 1983).

Apesar de o conceito da APS ser amplo, após a Declaração da Alma Ata, percebia-se que, na prática, ele era aplicado como “atenção seletiva”, destinado à população rural e urbana pobre. Assim, essa concepção estava distante do que preconizava a OMS.

Foi a partir dessa acepção reduzida que a APS foi incorporada ao sistema de saúde brasileiro, apesar de as práticas em saúde públicas terem iniciadas no País na década de 1920, com uma proposta de criação de serviços básicos permanentes que propôs a instalação de Centros de Saúde inspirados no modelo americano *Health Centers*, por meio do movimento médico-sanitário. Tais Centros de Saúde tinham como proposta atuar com base na integração de ações de combate a vários agravos, contemplando ações coletivas e de prevenção de agravos individuais para grupos específicos. Entretanto, essa ideia fracassou e não se tornou hegemônica, tanto pela manutenção de resquícios do “modelo campanhista”, quanto pelo surgimento do “modelo médico-previdenciário” que garantia a seus assegurados o atendimento médico individual (RIBEIRO, 2007).

No final de década de 1970 e início de 1980, ocorreu uma aguda crise financeira da Previdência Social, principal fonte de financiamento do setor de saúde. Nesse contexto, diante das ameaças de drásticas restrições dos gastos previdenciários com assistência médica, intensificaram-se as discussões sobre a ampliação da cobertura por meio da formação de uma rede de serviços básicos. Surgem assim, os Planos de Expansão de Cobertura (PEC), tais como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e experiências municipalistas que utilizavam a APS como estratégia alternativa ao modelo previdenciário em decadência (RIBEIRO, 2007, CONILL, 2008). Em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde refletiu a repercussão desses fatos e teve como tema central a “expansão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”. Ainda na forma de uma APS seletiva, teve como resultado desse encontro a proposta de reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. Tal proposta intencionou converter a rede básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde e, dessa maneira, reverter

a característica hospitalar do atendimento. Apesar do destaque na VII Conferência, a agenda de construção de uma política nacional para o nível primário durante os anos 1980 não se tornou prioridade e não foi efetivada, em virtude de divergências conceituais e ideológicas (CAMPOS, 2008; RIBEIRO, 2007; SAMPAIO, 2008).

A partir desse período, a organização da APS tornou-se prioridade para o Ministério da Saúde brasileiro. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde foi criado em 1988, com a Constituição Federal, cujo objetivo foi o de proporcionar maior efetividade aos direitos fundamentais ao cidadão. Nos últimos anos, o SUS tem mostrado expressivos avanços, entre os quais o fortalecimento da Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde, mediante ampliação do número de equipes de Saúde da Família, com melhoria na assistência e na estrutura da gestão (PAIM *et al.*, 2011; STARFIELD, 2002; VICTORA *et al.*, 2011).

1.2 Políticas públicas na atenção integral à saúde da criança

Ainda na década de 1980, norteado pelo princípio da integralidade, o Ministério da Saúde brasileiro, em conjunto com o Governo Federal, as secretarias estaduais e municipais de Saúde elaboraram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), tendo em vista cinco ações básicas: aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida; controle das doenças respiratórias; controle da diarreia; imunização e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Essas ações buscavam atender, dentro das necessidades do setor saúde, aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade (BRASIL, 1984).

A reorganização da APS foi evidenciada em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pelo Governo Federal brasileiro, como tentativa de enfrentar os graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do País. Em 1994, iniciaram-se reformulações das políticas de saúde que fizeram emergir o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família, como um meio para modificar o modelo assistencial. A garantia de oferta de serviço à população confere ao Programa a característica de porta de entrada prioritária do sistema de saúde, constitucionalmente fundado nos

princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006; CASTRO, MACHADO, 2010; CONILL, 2008; GOMES *et al.*, 2011; ROCHA, *et al.* 2008).

Tanto o PACS quanto o PSF foram considerados, pelo Ministério da Saúde, como estratégias relevantes para a vigilância da saúde infantil, com destaque para a disseminação do Cartão da Criança, como instrumento de monitoramento do crescimento e do desenvolvimento (BRASIL, 2003).

No ano de 2005, após uma década de implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil, buscando trabalhar na perspectiva da APS, um novo documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) trouxe a proposta de renovação da APS nas Américas. Tal documento teve por objetivo revitalizar o potencial dos países para elaboração de uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos de saúde sustentáveis para todos (OPS, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu o Pacto pela Saúde cujo conteúdo agregava um conjunto de medidas pactuadas junto aos gestores do Sistema de Saúde, articulando aspectos da gestão e da atenção nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida reforçou no SUS

[...] o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados”. Entre algumas prioridades pactuadas estão a redução da mortalidade infantil e materna, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

Apesar dos esforços e avanços alcançados, de forma evidente na redução da mortalidade infantil, atender às necessidades da saúde infantil, sob a perspectiva da integralidade, ainda é um grande desafio para os gestores, para os profissionais de saúde e para toda a sociedade brasileira (BRASIL, 2004b; ERDMANN, SOUSA, 2009; FIGUEIREDO, MELLO, 2007; VICTORA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu políticas para atenção à saúde infantil. Entre elas, a Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, tendo como foco a criança nos vários espaços de atenção. Desse modo, a promoção de políticas públicas que visam a atender às

necessidades na assistência à criança no Brasil encontra-se consolidada em documentos oficiais do Ministério da Saúde, entre eles o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004a) e a Agenda de compromissos acima citada (BRASIL, 2004b).

Os princípios norteadores da atenção à criança, destacados na Agenda de compromisso, incluem o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização e a assistência integral e resolutiva. O documento ressalta, ainda, entre desses princípios, a equidade, a atuação em equipe, o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção da saúde, o incentivo à participação da família em toda a atenção à criança e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004b).

Como compromisso de atenção à criança, entende-se que a promoção da saúde integral e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que ela possa desenvolver todo o seu potencial. Sendo assim, esse documento busca apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar aos gestores e profissionais de saúde a identificação das ações prioritárias para a saúde da criança. Propõe a definição de diretrizes para a identificação das linhas de cuidado integral que devem constar, basicamente, para o funcionamento adequado dos serviços de saúde da criança no âmbito local, de modo a prover respostas mais satisfatórias a essa população (BRASIL, 2004b).

Entre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, estão a promoção do nascimento saudável; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; o enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e os cuidados às doenças prevalentes (BRASIL, 2004b), detalhados a seguir.

O processo de nascimento saudável envolve o acompanhamento da gestante, a assistência imediata e de qualidade no hospital/maternidade, o pós-parto e as ações voltadas à “Primeira Semana - Saúde Integral”. Ressalta-se a preocupação com esse momento da vida da mulher e da criança, uma vez que estudos apontam que a maioria das mortes maternas e neonatais ocorre durante a internação para o parto, o que requer uma organização da referência e contrarreferência da gestante e a

incorporação de pronto-atendimento ou de novas práticas em saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011; SILVA *et al.*, 2009).

Com relação ao acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, ele se caracteriza como eixo central para a atenção integral à criança, visto que abrange inúmeras ações de promoção, de prevenção e de reabilitação, além de envolver uma equipe de cunho multiprofissional (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2009). Silva *et al.* (2009) evidenciaram, em seu estudo, que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil é efetivado nas unidades de Programa Saúde da Família em conjunto com a Pastoral da Criança e Escolas. Contudo, os autores apontaram uma heterogeneidade com relação à equipe, uma vez que as atividades são realizadas por profissionais enfermeiros e médicos, apenas quando os médicos são pediatras. Do contrário, geralmente o enfermeiro assume esse papel, havendo intervenção médica somente em casos de doenças (SILVA *et al.*, 2009).

Considerada como uma ação integrada e rotineira nos serviços de saúde, a imunização pertence ao nível de atenção primária de baixa complexidade, com grande impacto nas condições gerais de saúde infantil. Representa um dos grandes avanços tecnológicos do setor saúde nas últimas décadas e constitui-se como procedimento com melhor relação custo-efetividade (GUIMARÃES, ALVES, TAVARES, 2009). É uma ação de saúde imprescindível na prevenção de doenças imunopreveníveis, em especial nas crianças no primeiro ano de vida, o que proporciona amplos benefícios a baixos custos, além de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil (FRANÇA *et al.*, 2009; GUIMARÃES, ALVES, TAVARES, 2009).

Estudos demonstram a importância da cobertura vacinal sobre os indicadores de saúde da população infantil, com impacto positivo sobre ela, além de uma relação estreita com a utilização dos serviços de saúde pelas famílias (CESAR *et al.*, 2008; FRANÇA *et al.*, 2009; GUIMARÃES, ALVES, TAVARES, 2009; MOTA, 2008; MORAES, RIBEIRO, 2008).

No tocante à promoção do aleitamento materno e à alimentação saudável, documento lançado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2009, objetiva promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, exclusivo até seis meses e complementar até dois anos de idade ou mais, para melhorar a qualidade de vida e reduzir a desnutrição, a mortalidade infantil e as doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta (BRASIL, 2009a). Vários autores reforçam essa importância e ratificam melhoria significativa nos resultados dessa política. Entretanto, apontam a

necessidade de intervenções no sentido de melhorar as orientações sobre as práticas adequadas de amamentação, no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009b; BOCCOLINI, BOCCOLINI, 2011; RAMOS *et al.*, 2010).

Quanto à Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), o Ministério da Saúde considera uma estratégia importante na identificação de sinais de risco que afetam a saúde infantil, integrando ações de promoção, de prevenção e de tratamento, com qualidade do atendimento (BRASIL, 2004b). Pina *et al.* (2009) destacam que a promoção de saúde integral da criança transcende as preocupações com a redução da mortalidade na infância, e abrange as articulações entre os serviços de saúde, a família e a comunidade. Contudo, os treinamentos proporcionados aos profissionais de saúde sobre o AIDPI são simplórios, teóricos e com ênfase nos aspectos orgânicos das doenças (BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2011).

Desse modo, ao considerar que é na infância que se constrói um adulto saudável, as ações de atenção à criança constituem ferramentas imprescindíveis na prevenção de doenças crônico-degenerativas, evitando futuros gastos públicos com saúde e consequente sobrecarga do sistema de saúde cujo acesso é um direito de todos (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Em 2010, surge o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI) que revalidou a importância de ações amplas e articuladas de modo a promover e realizar os direitos da criança até os seis anos de idade. O documento apresenta as diretrizes gerais, os objetivos e as metas que o país deverá realizar em cada um dos direitos da criança, firmados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo como período de pactuação os anos de 2010 a 2022. Dessa forma, pretende-se, cumprir os compromissos internacionais, dentre eles a Convenção dos Direitos da Criança, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, além dos compromissos nacionais já pactuados, como os Planos Nacionais de Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura, Combate à Violência contra a Criança, e Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNPI, 2010).

O PNPI tem como linhas e ações estratégicas o atendimento pré-natal; a atenção obstétrica e neonatal humanizadas; o aleitamento materno e alimentação infantil; a alimentação saudável, combate à desnutrição e anemias carenciais e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; a vigilância à saúde pela equipe de Atenção Básica; o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; o controle

e assistência; o cuidados para grupos específicos e crianças com deficiência; as ações conjuntas e intersetoriais (PNPI, 2010).

Além disso, o PNPI aborda, ainda, a educação, a família, a assistência social, o acolhimento institucional (família acolhedora e adoção), o direito de brincar, a criança inserida em uma sociedade sustentável, o atendimento à diversidade (crianças negras, quilombolas e indígenas), a proteção contra a violência, o direito à cidadania (registro de nascimento), a prevenção contra acidentes. Ressalta a importância da pesquisa e da formação de profissionais com ênfase na primeira infância, como recursos elementares a serem trabalhados em prol de um cuidado qualificado a esta fase da vida (PNPI, 2010).

Tanto na oferta de serviços de saúde como na sua utilização, ressalta-se como fundamental uma rede integrada de atenção, baseada nos princípios garantidos tanto na Constituição Federal, como no Estatuto da Criança e do Adolescente e no SUS. Essa rede deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado dos agentes de saúde, das equipes de saúde da família, das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos serviços de atenção especializados e de urgências, como também deve promover ações intersetoriais que envolvam a criança e a família.

Atualmente, considerar a atenção em saúde “em redes” tem sido o foco do Ministério da Saúde brasileiro, uma vez que elas buscam solucionar o problema fundamental do SUS, por meio do restabelecimento da coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças, com predominância relativa forte de condições crônicas e o sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população.

Nesse contexto, têm-se os conteúdos básicos das redes: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidos sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente;

implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; têm seu foco no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2011).

Além disso, as RAS são constituídas por três pilares: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A APS, considerada o centro de comunicação, faz parte da estrutura operacional e é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Alguns autores (MENDES, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2014) afirmam que, para que a APS seja eixo estruturante de um sistema, é necessário que ela seja reformulada para cumprir três papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução, a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população.

Entre as redes temáticas priorizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, está a Rede Cegonha, que foi criada em virtude das necessidades de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. Tal rede visa a assegurar, à mulher, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. Visa à redução da morbimortalidade e a um ambiente facilitador da vida com condições dignas de

existência e pleno desenvolvimento. Essa política é orientada pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção; e gestão participativa e controle social (BRASIL, 2015).

Além disso, a PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, tais diretrizes e políticas têm como foco o fortalecimento da APS, que constitui o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde; aproxima os serviços de saúde dos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (STARFIELD, 2002). Como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, a APS permite recombinação, reorganizar e reordenar recursos para atender às necessidades da população, com articulação da atenção básica dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Com relação à organização da assistência à criança no contexto da APS, existe o compromisso de atender às necessidades de saúde dessa população, oferecendo atenção de qualidade. Dessa forma, a ESF encontra espaço para a reordenação do cuidado ofertado a população (RASELLA, AQUINO, BARRETO, 2010), corroborando pesquisas e recomendações do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012; BRAZ *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2011; FURTADO *et al.*, 2013).

O desenvolvimento de ações capazes de contribuir para que crianças sobrevivam e tenham melhor acesso à saúde e qualidade de vida são aspectos importantes quando se considera a saúde da criança no contexto da atenção básica (RASELLA, AQUINO, BARRETO, 2010). Entre tais ações, encontram-se o aumento da cobertura vacinal, as melhorias nas condições de vida, envolvendo saneamento

básico e nutrição, todos considerados fatores decisivos para a redução de doenças infecciosas, como também do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) (VICTORA *et al.*, 2011; PAIM *et al.*, 2011).

Apesar dos esforços e avanços alcançados, de forma evidente na redução da mortalidade infantil, atender às necessidades da saúde infantil sob a perspectiva da integralidade ainda é um grande desafio para os gestores, para os profissionais de saúde e para toda a sociedade brasileira (BRASIL, 2004b; CARETI *et al.*, 2016; FIGUEIREDO, MELLO, 2007; ERDMANN, SOUSA, 2009; PAIM *et al.*, 2011; VICTORA *et al.*, 2011). Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de processos avaliativos pertinentes com capacidade de compreender se as ações de saúde e os princípios da ESF estão sendo direcionados para a atenção à saúde da criança (BRASIL, 2010a; BRAZ, 2012; COSTA *et al.*, 2011; FURTADO *et al.*, 2013).

A Agenda de compromissos (BRASIL, 2004b) e o PNAISC (BRASIL, 2015) corroboram tal preocupação, uma vez que apontam o monitoramento e a avaliação como uma das principais diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças.

Moreira e Goldani (2010) apontam a necessidade de implementar, nos serviços de saúde e no campo da produção de conhecimentos, novas estratégias relacionadas ao cuidado da criança e à formação inovadora dos profissionais de saúde e de pesquisadores que tenham um olhar integral à saúde infantil.

1.3 Avaliação da atenção primária à saúde

A avaliação de programas e serviços de saúde tem importância demonstrada em diversos estudos e grande relevância, ao se considerar a organização, a gestão do cuidado prestado e a possibilidade de traçar um novo olhar sobre a atenção dispensada, nesse caso, a criança (BRAZ, 2012; COSTA *et al.*, 2011; FURTADO *et al.*, 2013; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA *et al.*, 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010; TANAKA, 2011; TANAKA, TAMAKI, 2012).

São inúmeros os conceitos de avaliação, formados em virtude da diversidade de modelos e intensidade da APS em vários locais. No setor saúde, a avaliação

delimita-se ao âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo que forneça informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou sobre qualquer um dos seus componentes. Permitem que distintos atores envolvidos possam ter campos de julgamento diferentes, posicionar-se e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Tal julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e de normas, consistindo na avaliação normativa ou ser elaborado a partir de um procedimento científico, nesse caso, a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nesse contexto, a avaliação surge como componente da gestão em saúde e seu reconhecimento é notado pela existência de iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Sua principal finalidade é fornecer suporte aos processos decisórios do sistema de saúde e, por isso, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e de serviços desenvolvidos; avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2009; TANAKA, 2011; TANAKA, TAMAKI, 2012).

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde brasileiro é executar a gestão pública com base na indução, no monitoramento e na avaliação de processos e de resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, vários esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de APS ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2012).

Com a expansão acentuada da ESF, estimada de mais da metade da população brasileira pela ESF e uma cobertura populacional por outros modelos de atenção básica, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do sistema de saúde. Nesse sentido, a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica foi instituída com o objetivo de monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e consolidando a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS, composta por município, Estado e União (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2012).

Entre os anos de 2000 e 2001, o Departamento de Atenção Básica realizou uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa Saúde da Família e analisou várias questões relacionadas com a estrutura física das unidades de saúde e aos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde da família e de saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2004c).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou a “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da ESF, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação de princípios, de métodos e de ferramentas para a construção dessa história por si mesma (BRASIL, 2009b).

Em 2012, surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012).

Contudo, vale destacar que a avaliação da ESF é complexa, devido à extensa dimensão da APS, e requer a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo e contínuo. Contudo, apesar da heterogeneidade da ESF, a identificação do grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados permite a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade (BRASIL, 2010b).

Considerando a importância da avaliação de serviços e programas para o planejamento das ações em saúde (COSTA *et al.*, 2011; DONABEDIAN, 1988; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; PEREIRA *et al.*, 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010; TANAKA, 2011; TANAKA, TAMAKI, 2012), e da ESF como um modelo de cuidado que busca oferecer atenção primária de qualidade dentro de princípios estabelecidos no SUS, este estudo se propõe a avaliar a atenção à saúde da criança no município de Juazeiro do Norte-Ceará, no âmbito da ESF.

O município, cenário de investigação do presente estudo, possui significativa cobertura da Estratégia Saúde da Família. Temos como pressuposto que essa cobertura favoreça a atenção à saúde da criança, além de estar em consonância com os princípios do SUS e com os atributos da APS.

Utilizamos o modelo de avaliação da qualidade proposto por Avedis Donabedian, que categoriza os componentes para a avaliação em três categorias: estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1984; DONABEDIAN, 1988).

Essa tríade foi desenvolvida para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde. A **estrutura** é composta pelos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, além de incluir o financiamento e a disponibilidade de mão de obra qualificada. O **processo** compreende as atividades que envolvem os profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos e a análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. Por fim, o **resultado** é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1984).

Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 1990) propôs avaliar os serviços com base em sete pilares de qualidade, a saber:

1) Eficácia: capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Isso é o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

2) Efetividade: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

3) Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

4) Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde são avaliados com relação aos custos.

5) Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, da eficiência e da otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

6) Legitimidade: aceitabilidade do cuidado, da forma pela qual é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

7) Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A

equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Nesse sentido, o referencial teórico-metodológico proposto por Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 1984) encontra justificativa para seu uso no presente estudo. Reforçamos, ainda, o fato de que temos, como foco de investigação as ações em saúde voltadas às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família, a partir da perspectiva do usuário. Uma vez que o estudo envolve a criança como usuária do serviço de saúde, a oferta desses serviços será investigada a partir da vivência dos responsáveis por elas.

A partir do exposto e compreendendo que a avaliação é um processo essencial para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança, tivemos como questão de pesquisa: a Estratégia Saúde da Família contribui para o cuidado da criança na APS?

Entende-se que este estudo pode contribuir para a produção de saberes, com vistas a aprimorar a assistência à saúde da criança, no contexto da APS. Seus resultados possibilitam apontar a existência de aspectos positivos do cuidado, com sua consequente manutenção, como também verificar fragilidades e identificar aquelas passíveis de modificação para qualificação constante do cuidado da criança. Além disso, essa investigação permitiu a participação dos usuários como agentes ativos no processo de assistência, o que garante a democracia participativa na gestão pública.

Nessa direção, tivemos particular interesse na atenção à saúde da criança, no âmbito da ESF, a partir da experiência das mães/cuidadores. Entendemos que seus resultados tenham potencial para indicar necessidade de melhoria ou manutenção da atenção à saúde da criança, no que diz respeito aos princípios do SUS e aos atributos da APS.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família em um município no interior do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar mães/cuidadores de crianças menores de um ano, no âmbito da ESF, segundo dados sociodemográficos.
- Caracterizar crianças menores de um ano, no âmbito da ESF, segundo dados demográficos e clínicos.
- Avaliar os atributos da APS, a partir da experiência das mães/cuidadores de crianças menores de um ano de idade, no âmbito da ESF, no município de Juazeiro do Norte, CE.
- Investigar associação entre os episódios de pneumonia e diarreia (condições sensíveis à APS) em relação às variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e os atributos da Atenção Primária à Saúde.

3 Material e método

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, inserida no campo da avaliação de serviços de saúde, com foco nos componentes estrutura e processo (DONABEDIAN, 1984). O referencial metodológico utilizado foi o modelo donabediano de avaliação em saúde (DONABEDIAN, 1984).

3.1. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Juazeiro do Norte, que está localizado na região do Cariri, no sul do Ceará, a 527 quilômetros da capital Fortaleza e, devido à figura de Padre Cícero, é considerado um dos maiores centros de religiosidade popular do Ceará. Sua área é de 248,832 km², a uma altitude média de 377,3 metros. A população do município, segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2015, foi de 266.022 habitantes, o que o torna o segundo município mais populoso do Ceará, o maior do interior cearense, com taxa de urbanização maior que 95% (IBGE, 2015). A renda per capita média de Juazeiro do Norte cresceu 98,98% nas últimas décadas, passando de R\$ 220,89 em 1991 para R\$ 291,71 em 2000 e R\$ 439,53 em 2010 (BRASIL, 2015).

Possui clima semiárido e é a quinta maior economia do Estado do Ceará, sendo o setor terciário o principal responsável. Exerce forte influência sobre todo sul do estado, o que resultou em uma grande integração com os municípios de Crato e Barbalha (IPECE, 2009). A taxa de alfabetização do município é maior que 76% (IBGE, 2015).

É conhecida como a Cidade da Fé e recebe visitas de pessoas de vários outros lugares durante todo o ano; dessa forma, o número de pessoas do município aumenta gradativamente e se torna uma enorme população flutuante (MONTEIRO, SOUSA, 2011).

Juazeiro do Norte é considerado um município de médio porte, com Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (CORIOLANO *et al.*, 2010). É sede de Região Assistencial de Saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR), e é referência de alta complexidade para a Região do Cariri que tem estimada uma população de 1.411.904 habitantes (BRASIL, 2015).

O cenário deste estudo foi composto pelas 56 Equipes de Saúde da Família da zona urbana do município de Juazeiro do Norte, CE. A escolha delas justificou-se pela facilidade de acesso aos domicílios por parte do pesquisador e colaboradores e disponibilidade de recurso financeiro, durante o período da pesquisa. Também por possuir um número significativo de unidades de saúde que utilizam a ESF, com cobertura de mais de 80% do município.

3.1.1 Rede de serviços de saúde do município

A rede de serviços de saúde é composta por serviços de Atenção Primária à Saúde e serviços especializados de atenção ambulatorial e hospitalar. A rede de APS está estruturada com unidades básicas de saúde e com a Estratégia Saúde da Família. Atualmente, o município tem uma cobertura de 85% da Estratégia Saúde da Família, sendo 67 equipes de Saúde da Família e 11 PACS, divididos em sete Distritos Sanitários de Saúde (Tabela 1). Essas equipes de saúde estão distribuídas em 50 unidades de saúde (BRASIL, 2015).

Entretanto, é importante ressaltar que, em 2013, período em que o projeto de estudo foi elaborado, a rede de Atenção Primária à Saúde do município contava com 63 equipes de Saúde da Família e seis PACS. Das 63 equipes de Saúde da Família, 56 estavam situadas na zona urbana e sete na zona rural (JUAZEIRO DO NORTE, 2013). Nesse sentido, a seleção da amostra do estudo foi baseada nos dados do município, no ano de 2013.

Além disso, possui como estratégia para suporte na saúde dos educandos o Programa Saúde na Escola (PSE), que visa ao acompanhamento da saúde integral dos educandos e fortalece a parceria entre a Saúde e Educação.

Tabela 1 Rede de serviços de APS de Juazeiro do Norte 2015.

Serviços	Quantidade
Equipes de Saúde da Família	67
PACS	11
Número de ACS	522
Equipes de Saúde Bucal	37
NASF	07
Equipes de Saúde da Família aderidas ao PMAQ	42
Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	03
Laboratório Público	01
Farmácia Popular	01

Fonte: BRASIL (2015)

No que se refere à atenção especializada, o município dispõe dos seguintes serviços: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Dermatologia, Serviço de Assistência Médica Especializada (SAME), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS Infantil, CAPS II e CAPS AD III 24 Horas), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Municipal e Regional), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e na rede hospitalar: Hospital Infantil Amélia Bezerra de Menezes, Hospital Municipal São Lucas e o Tasso Ribeiro Jereissati (HTJ) com quatorze leitos, que funciona como retaguarda para UPA e para urgência ortopédica ambulatorial (BRASIL, 2015).

O município conta, ainda, com o Hospital Regional do Cariri (HRC) que possui cerca de 160 leitos, contempla as especialidades na área de urgência clínica e cirúrgica, um centro de atendimento para casos de envenenamento, doenças transmissíveis, traumas e unidade de queimados, além de atuar como unidade reguladora e atender a estudantes da saúde, sendo centro de formação (JUAZEIRO DO NORTE, 2013).

Além dos serviços diagnósticos da rede própria, o município possui contrato com o setor privado por meio de credenciamento para complementar a oferta de serviços necessários para atender às necessidades da população (BRASIL, 2015).

3.1.2 Perfil epidemiológico de Juazeiro do Norte

Para traçar o perfil epidemiológico do município de Juazeiro do Norte, trazemos alguns indicadores de saúde mencionados no Plano Municipal de Saúde do município (JUAZEIRO DO NORTE, 2014).

Tabela 2 Taxa de mortalidade infantil e seus componentes (neonatal e pós-neonatal), Juazeiro do Norte-CE, 2010-2013.

Ano	Neonatal (<28 dias)		Pós-Neonatal (28 dias e <1 ano)		Taxa de Mortalidade Infantil (< 1 ano)	
2010	39	9,4	17	4,1	56	13,6
2011	57	13,3	22	5,1	79	18,5
2012	45	11,8	14	3,6	59	15,5
2013	67	16,6	18	4,4	85	21,6

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade

O presente estudo possui relevância, uma vez que durante os quatorze anos de implantação da ESF no município de Juazeiro do Norte, nenhuma pesquisa avaliativa, no contexto da saúde infantil, foi realizada no sentido de apontar as ações voltadas para a criança. Acresce-se a isso o fato de o município possuir cobertura relevante dessa estratégia de atenção, indo ao encontro das políticas públicas de atenção preconizadas pelo Ministério da Saúde para fortalecimento dos princípios do SUS.

Ressalta-se, ainda, a possibilidade de os resultados desse estudo auxiliarem na estruturação da atenção à criança em diversas localidades brasileiras que ainda não possuem cobertura suficiente da ESF, e que necessitam de alterar seus indicadores de saúde infantil, como também inovar a gestão do serviço de saúde voltado à clientela infantil.

Mesmo ainda persistindo diferenças regionais, dentro de um País com dimensões continentais, percebemos que as diretrizes e políticas de atenção à saúde da criança no País têm contribuído no sentido de indicar abordagens assistenciais que qualifiquem o cuidado, recomendar a ampliação do acesso aos serviços, como também buscar reduzir a mortalidade infantil, tão importante indicador da qualidade de vida de uma população (PAIM *et al.*, 2011; VICTORA *et al.*, 2011). Cientes disso,

intencionamos identificar se as ações desenvolvidas para o cuidado da criança na atenção básica no município, cenário do estudo, caminham ao encontro dessas proposições ou se distanciam delas.

Estudo realizado em Juazeiro do Norte aponta a existência de dificuldades relacionadas à cobertura da população pela ESF, carência de profissionais médicos para as equipes de ESF; escassez de recursos financeiros e a qualificação dos profissionais de saúde. Entretanto, a qualidade da assistência nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), nesse município, baseia-se nos indicadores de saúde: mortalidade infantil, cobertura vacinal, mortalidade materna, entre outros, que têm melhorado consideravelmente, em virtude do aumento no número de equipes de ESF (CORIOLANO *et al.*, 2010), com exceção da mortalidade infantil que apresentou aumento, conforme a Tabela 2. Além disso, observa-se uma menor demanda aos serviços de média e alta complexidade, o que demonstra maior eficácia da atenção básica (CORIOLANO *et al.*, 2010).

No que se refere aos problemas de saúde enfrentados pelo município, os principais são as doenças infectocontagiosas, incluindo a tuberculose e a hanseníase, além das doenças sazonais, tais como as diarreias e a dengue. Com relação às causas de mortalidade infantil, no ano de 2000, as neonatais estavam em um patamar mais elevado com 67%, comparadas aos óbitos pós-neonatais com 7,2% por Infecção Respiratória Aguda (IRA), 4,2% por diarreias e 21,3% por outras causas (JUAZEIRO DO NORTE, 2014).

3.1.3 População do estudo e amostra

Em 2012, havia no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 1810 crianças menores de um ano pertencentes às USF da zona urbana. Para o cálculo da amostra, adotou-se o nível de confiança de 95%, poder do teste em 80% e erro amostral tolerável (d^2) de 5%. Como não se tinha conhecimento da variância da amostra investigada ou qualquer outro parâmetro na população, assumiu-se no estudo probabilidade de crianças assistidas pela APS em 50%. Obteve-se, assim, a seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot S^2}{d^2} [1]$$

Ajustando a amostra para populações finitas, tem-se uma nova equação a saber:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} [2]$$

A amostra mínima final considerada para o estudo foi de 317 crianças. Considerando uma perda de 10%, foram incluídas ao final 349 observações.

As crianças foram selecionadas de forma probabilística simples com reposição, recorrendo-se aos recursos do *software* SPSS; foi feita de forma aleatória a seleção das crianças para o estudo. Após identificadas as crianças e as Unidades de Saúde às quais pertenciam, procedeu-se à coleta dos dados.

Destaca-se que foram considerados cuidadores das crianças, os responsáveis pelo cuidado direto delas (avós, tios ou cuidadores legais), tanto mães quanto cuidadores residentes no município e pertencentes às áreas de abrangências das USF. Foi identificado o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado da saúde da criança.

3.1.4 Roteiro e instrumento para coleta dos dados

A caracterização socioeconômica dos cuidadores foi realizada a partir da aplicação de um formulário com questões direcionadas (Apêndice 1). Tais questões relacionavam-se a aspectos diretos ou indiretos da saúde da criança, com informações acerca do entrevistado (dados de identificação); dados sociodemográficos da família e dados da própria criança, foco do presente estudo. As questões relativas à criança versavam sobre: pré-natal, condições do nascimento, alimentação, imunização, episódios de adoecimento, hospitalizações, morte de irmãos, uso de creche/escola, recebimento de benefício social.

A atenção à criança na APS foi avaliada por meio do PCATool - Brasil - versão criança (Anexo 1), validado no Brasil por Harzheim *et al.* (2006). O instrumento contém questões em escala do tipo Likert (cinco pontos), estruturado em seis construtos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.

O PCATool - Brasil - versão criança (BRASIL, 2010b; HARZHEIM *et al.*, 2006;) é composto por 55 itens divididos em dez componentes:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por três itens (A₁, A₂ e A₃). É importante ressaltar que esse item não constitui um atributo, porém é utilizado para o cálculo para o *Escore* Geral.
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por três itens (B₁, B₂ e B₃).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por seis itens (C₁, C₂, C₃, C₄, C₅ e C₆).
4. Longitudinalidade (D). Constituído por 11 itens (D₁, D₂, D₃, D₄, D₅, D₆, D₇, D₈, D₉, D₁₀ e D₁₁).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por cinco itens (E₂, E₃, E₄, E₅ e E₆).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por três itens (F₁, F₂ e F₃).
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por nove itens (G₁, G₂, G₃, G₄, G₅, G₆, G₇, G₈ e G₉).
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por cinco itens (H₁, H₂, H₃, H₄ e H₅).
9. Orientação Familiar (I). Constituído por seis itens (I₁, I₂, I₃, I₄, I₅ e I₆).
10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (J₁, J₂, J₃ e J₄).

Os itens sobre os atributos da APS possibilitam, a partir de respostas tipo *Likert*, a construção de escores da APS com intervalo de 1 a 4 para cada atributo. O *escore* final de cada um desses atributos é dado pela média das respostas de seus itens que também variam de 1 a 4. A soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do *escore* do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde produzem o *Escore* Essencial da APS. A soma das médias desses escores essenciais com as médias dos três escores derivados produz o *Escore* Geral da APS (BRASIL, 2010b; HARZHEIM *et al.*, 2006).

Cada atributo essencial, identificado no instrumento, é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Assim têm-se os seguintes componentes de estrutura: grau de afiliação (longitudinalidade), acessibilidade (acesso de primeiro contato), sistema de informação (coordenação), serviços disponíveis (integralidade). Os componentes de processo são: utilização

(acesso de primeiro contato), longitudinalidade, integração de cuidados (coordenação) e serviços prestados (integralidade) (BRASIL, 2010b).

Ao avaliar o serviço de atenção à saúde da criança, o PCATool - Brasil - versão criança deve ser aplicado aos pais das crianças ou cuidadores delas, identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado da saúde da criança (BRASIL, 2010b).

Diante do exposto, é evidente que o PCATool é capaz de medir as interações entre usuários e profissionais, no contexto da APS em nosso País, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS, que exige reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010b; BRAZ, 2012; BRAZ *et al.*, 2013; FURTADO *et al.*, 2013; HARZHEIM *et al.*, 2006; IBAÑEZ *et al.*, 2006).

Além disso, é uma ferramenta capaz de 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 real efetividade da APS, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas. Uma vez que inexistem outros instrumentos já validados que possuem por objetivo a mensuração da presença e extensão dos atributos (essenciais e derivados da APS) em diversos serviços de saúde, o PCATool se faz extremamente importante (BRASIL, 2010b).

Permite, ainda, que sejam realizadas pesquisas com maior rigor e qualidade, além de fornecer uma forma consistente de avaliação e de investigação da relação entre atributos da APS, utilização de serviços e resultados em saúde (BRASIL, 2010b).

3.1.5 Procedimentos para a coleta de dados

3.1.5.1 Estudo-piloto

Inicialmente, a pesquisa foi apresentada à Secretaria Municipal de Juazeiro do Norte e, em seguida, foram contatados os coordenadores/ gestores das Unidades de

Saúde para apresentação dos objetivos da investigação. Foi realizado um estudo-piloto com uma amostra de dez mães/cuidadores.

Para a coleta dos dados, foi formada uma equipe para o trabalho a ser realizado no campo de pesquisa. Essa equipe foi composta pelo coordenador/supervisor e por dez entrevistadores, que cursavam a Graduação de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte.

Cabe ressaltar que os entrevistadores foram considerados, nesse estudo, auxiliares de pesquisa e não pesquisadores; foram treinados pelo pesquisador principal, que não participou da coleta de dados. Entretanto, o pesquisador principal supervisionou os auxiliares de pesquisa periodicamente em cada USF participante do estudo.

Depois de realizadas as entrevistas do estudo-piloto, o pesquisador principal se reuniu com os auxiliares de pesquisa com o objetivo de sanar dúvidas e dificuldades, relacionadas à coleta dos dados, para que fosse certificada a familiarização com os questionários utilizados na obtenção dos dados para a pesquisa.

3.1.5.2 Pesquisa de campo

Os dados foram coletados no período de 25 de agosto de 2014 a 30 de outubro de 2015. Cabe aqui ressaltar que, nesse período, mais especificadamente entre fevereiro a junho de 2015, o município de Juazeiro do Norte passou por um movimento grevista dos funcionários públicos da saúde, o que comprometeu o funcionamento dos serviços de saúde.

Foram realizadas visitas aos domicílios e aplicado um formulário com abordagem dos aspectos socioeconômicos e caracterização da criança e um questionário sobre o atendimento da criança em serviço de saúde, direcionado às mães/cuidadores de crianças menores de um ano. O endereço das crianças selecionadas para a investigação foi levantado pelo SIAB e, de posse deles, os pesquisadores realizaram visitas nos domicílios. As famílias das crianças foram contatadas, previamente, por telefone.

Nos casos em que não houve essa possibilidade, buscou-se o contato direto do auxiliar de pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que eles agendassem as visitas. Após os agendamentos, os ACS confirmaram, para os auxiliares de pesquisa, data e horário das visitas. Na impossibilidade dessas estratégias, os auxiliares de pesquisa se deslocaram diretamente aos domicílios. Quando da visita ao domicílio, foram apresentados os objetivos da investigação e na ocasião, identificado o cuidador. Estimou-se um tempo de 30 minutos para preenchimento do formulário e do instrumento PCATool.

Quando a mãe/cuidador não era encontrada em domicílio, o auxiliar de pesquisa retornava em dia e horário diferente para realização da entrevista. Nos casos em que as mães/cuidadores não foram encontradas após a segunda visita do auxiliar de pesquisa, a criança foi excluída do estudo.

Dessa forma, utilizamos como critérios de inclusão as crianças pertencentes à área de abrangência das USF, que utilizam o SUS como serviço de atendimento em saúde e que já foram atendidas, anteriormente, pela unidade de saúde, pelo menos uma vez. A escolha por incluir cuidadores que já tivessem comparecido à USF para atendimento da criança diz respeito ao fato de que estes sujeitos poderiam contribuir com a investigação, ao fornecer sua opinião acerca das ações em saúde e dos serviços direcionados à criança.

3.1.6 Processamento e análise dos dados

Após a coleta, os dados foram registrados em planilha eletrônica de dupla entrada, posteriormente validada. Em seguida, os dados processados no STATA®, versão 12.0. Na estatística descritiva, as crianças foram caracterizadas quanto às variáveis de interesse para o estudo, e apresentados os resultados em frequência relativa e absoluta, além de média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança.

Na fase analítica do estudo, buscou-se verificar associação entre as variáveis sociodemográficas (independente) e os desfechos diarreia, pneumonia, aleitamento materno (variáveis dependentes). A escolha por essas variáveis se justifica, pois entendemos que são aspectos importantes a serem investigados e que têm impacto na saúde da criança. O *aleitamento materno*, amplamente divulgado na literatura,

como fator protetor da saúde da criança; *diarreia* e *pneumonia* como condições clínicas passíveis de serem atendidas e tratadas na atenção primária.

Para o instrumento PCATool, utilizado com as mães/cuidadores, foi realizada a inversão dos valores atribuídos em quatro itens que constam em dois atributos; operação essa que se fez necessária, uma vez que eles foram formulados de modo que o maior valor atribuído representa uma menor orientação para a APS (BRASIL, 2010b).

Na sequência, identificamos a viabilidade das respostas de cada indivíduo, para que ele fosse ou não considerado no momento do cálculo de cada *escore*. Quando a soma das respostas em branco (*“missing”*) de um indivíduo com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi maior ou igual a 50% de itens de um componente, não calculamos o *escore* desse componente para esse entrevistado. O *escore* desse componente para o entrevistado permaneceu em branco (*“missing”*), no banco de dados.

Quando a soma de respostas em branco (*“missing”*) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, transformamos o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). De acordo com o manual, tal transformação foi necessária, uma vez que ela pontua negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010b).

Após esses passos, calculamos o Grau de Afiliação, referente aos itens A₁, A₂ e A₃. O *escore* para esse componente necessita do uso do algoritmo (BRASIL, 2010b):

- Todas as respostas NÃO:
 $A_1=A_2=A_3=0$, então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes relativas a diferentes serviços: $A_1 \neq A_2 \neq A_3 \neq 0$, então Grau de Afiliação=2.
- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço: $A_1=A_2$ ou $A_1=A_3$ ou $A_2=A_3$ e iguais a SIM, então Grau de Afiliação=3.
- Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço:
 $A_1=A_2=A_3=1$, então Grau de Afiliação=4.

O *escore* de cada atributo foi obtido seguindo instruções específicas do manual PCATool (BRASIL, 2010b), a partir da soma do valor dos itens de cada atributo, dividido pelo número de itens.

Mediante cálculo da soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do *escore* do grau de afiliação do

usuário ao serviço de saúde, foi produzido o *Escore* Essencial da APS. Em seguida, efetuamos a soma das médias desses escores essenciais com as médias dos três escores derivados para a produção do *Escore* Geral da APS.

Para determinar o ponto de corte dos escores, considerou-se que as respostas “provavelmente sim” e “com certeza sim” têm valores 3 e 4 respectivamente, demonstrando aspecto positivo da APS. Desse modo, escores ≥ 3 indicam forte presença e extensão do atributo avaliado. O manual do instrumento PCATool (BRASIL, 2010) ainda nos permite a conversão dos valores dos escores em uma escala de 0 a 10, para melhor visualização dos escores. Nesse sentido, procedemos à conversão dos escores, com ponto de corte entre inadequado e adequado considerado $\geq 6,6$ (BRASIL, 2010b).

Na análise descritiva dos dados do questionário, realizamos análise univariada com cálculo de medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão) e de dispersão (desvio-padrão).

As variáveis episódio de diarreia (sim ou não) e pneumonia (sim ou não) como condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde foram consideradas como variáveis dependentes do estudo e testadas em relação às variáveis sócio-demográficas da criança, antecedentes obstétricos e os atributos da APS, com aplicação do teste qui-quadrado, com correção de Yates ou exato de Fisher, quando necessários.

Para as variáveis com $p < 0,20$ ou com justificativa teórica foram selecionadas para a análise de regressão logística múltipla com a estratégia *de stepwise* manual *backward - forward*. Os critérios de permanência das variáveis no modelo final, levaram em consideração o seu nível de significância e a qualidade de ajuste do modelo, tomando como referência a função de verossimilhança e o teste de Hosmer-Lemeshow (HAIR, 2009). Para esta fase do estudo, recorreu-se ao software SPSS versão 19.0. Fixou-se a probabilidade de erro tipo I em 5%.

3.1.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após anuência da SMS de Juazeiro do Norte, com aprovação em junho de 2014 (Ofício 105/2014) (Anexo 2).

O projeto também foi enviado às Equipes de Saúde da Família para conhecimento prévio. Uma reunião foi realizada com cada uma das Equipes de Saúde da Família, para apresentação e discussão dos objetivos da pesquisa.

Os participantes, ao serem convidados a participar da pesquisa, receberam informações acerca dos objetivos e da coleta de dados; ao aceitarem, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (Apêndices 2). Quando a mãe da criança era menor de 18 anos, o TCLE era assinado por seu responsável (Apêndice 3).

Todos os participantes receberam uma via do Termo assinada, ficando a outra retida com o pesquisador. A identificação das equipes de Saúde da Família foi realizada utilizando-se números arábicos sequenciais (1, 2, 3, ...); as entrevistas com as mães/cuidadores foram numeradas na ordem em que foram realizadas, utilizando a letra C (C₁, C₂, ...) e sua realização ocorreu no domicílio, local possível de preservar o anonimato das participantes e, dessa forma, atender às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012).

4 Resultados

Os resultados buscaram responder aos objetivos propostos para este estudo e são apresentados em quatro partes: caracterização sociodemográficas das mães/cuidadores de menores de um ano; caracterização obstétrica, das crianças ao nascer e morbidade; resultados da avaliação dos atributos da APS. Por último, buscamos identificar possíveis associações entre variáveis da criança, desfechos diarreia, pneumonia, aleitamento materno e atributos da APS.

De acordo com os dados do SIAB, em 2012, o total de menores de um ano pertencentes à zona urbana de Juazeiro do Norte foi de 1810 crianças. A amostra mínima selecionada neste estudo foi de 317 crianças menores de um ano. Foram abordados, durante a coleta de dados, um total de 385 cuidadores dos quais 317 foram entrevistadas, 52 não estavam em seus domicílios, nas duas visitas realizadas pelos auxiliares de pesquisa, quinze mudaram de área e um se recusou a participar do estudo.

Do total de entrevistados, 292 (92,1%) eram mães e 25 (7,9%) participantes informaram serem os responsáveis pela criança; a maioria (99,1%) era do sexo feminino e 0,9%, do sexo masculino.

A partir daqui, ao apresentar os participantes deste estudo, optamos por denominá-los *cuidadores*, conforme definição utilizada por Harzhein (2004) em sua pesquisa de validação do PCATool, que considera que o cuidador principal corresponde à pessoa que pode ser identificada pela pergunta: Quem é que melhor sabe informar sobre a saúde da criança? Esse critério foi também empregado nos estudos de Leão *et al.* (2011) e de Mesquita Filho, Luz, Araújo (2014).

4.1 Caracterização sociodemográficas dos cuidadores de menores de um ano

A média de idade das crianças selecionadas foi de 11,6 meses (DP=5,6). Esse resultado se explica pelo fato do período da coleta de dados ter se estendido, em virtude do movimento grevista dos funcionários públicos da saúde no município. Desse modo, muitas crianças selecionadas, no início da coleta dos dados, foram entrevistadas quando tinham mais de um ano de idade. Já a média de idade dos cuidadores entrevistados foi de 28,6 anos (DP=28,4). Com relação ao estado civil, 149

(47%) são casados; 129 (40,7%), solteiros; dois (0,6%), divorciados e 37 (11,7%) cuidadores vivem em união estável.

Tabela 3 Características sociodemográficas dos cuidadores das crianças arroladas para o estudo, Juazeiro do Norte (2014-2015).

Variáveis	N (=317)	%
Escolaridade (n = 317)		
Fundamental completo	29	9,1
Fundamental incompleto	93	29,3
Médio completo	128	40,4
Médio incompleto	46	14,5
Superior	15	4,7
Não alfabetizado	3	0,9
Ignorado	3	0,9
Profissão/Ocupação (n = 317)		
Do Lar	223	70,3
Agricultor	8	2,6
Auxiliar de Produção	4	1,3
Técnico de Enfermagem	3	0,9
Professora	8	2,6
Operador de Caixa	8	2,6
Estudante	13	4,1
Supervisor de Lanchonete	1	0,3
Cabelereira	3	0,9
Serviços Gerais	16	5,0
Empresário	2	0,7
ACS	3	0,9
Costureira	1	0,3
Agente Administrativo	1	0,3
Babá	2	0,6
Manicure	3	0,9
Comerciante	3	0,9
Autônomo	6	1,9
Outros	7	2,2
Ignorado	2	0,7

Ao questionar aos cuidadores, se as mães das crianças viviam com o companheiro, a maioria (64%) respondeu que sim, 15,5% indicaram que não viviam com o companheiro e 20,5% não souberam ou não quiseram responder.

Tabela 4 Características dos domicílios das crianças arroladas para o estudo, Juazeiro do Norte (2014-2015).

Variável	N (=317)	%
Moradia		
Própria	155	49
Alugada	146	46
Cedida	16	5
Invasa	0	0
Tipo de Casa		
Tijolo	313	98,8
Taipa Revestida	3	0,9
Taipa não revestida	1	0,3
Madeira	0	0
Material aproveitado	0	0
Outros	0	0
Abastecimento de água		
Rede Pública	303	95,6
Poço ou nascente	13	4,1
Outros	1	0,3
Tratamento de água no domicílio		
Filtração	190	60,0
Fervura	17	5,4
Cloração	33	10,4
Sem tratamento	77	24,2

A Tabela 4 indica as características do domicílio das crianças participantes do estudo; cerca de metade das crianças moram em casa própria. Quase todas as casas são de tijolos, à exceção de quatro entrevistadas que apontaram taipa revestida e

taipa não revestida como material que constitui o domicílio das crianças. No que diz respeito ao acesso à água e tratamento da mesma no domicílio, as entrevistadas informaram que, em sua maioria, têm acesso à rede pública e que utilizam a filtração como método adicional de tratamento da água que consomem. Cabe ressaltar aqui que cerca de um quarto das entrevistadas informou não tratar a água que recebe da rede pública, consumindo-a diretamente.

Neste estudo, a média da renda familiar foi de 1,2 salários mínimos (DP=1,0). A média do número de pessoas que trabalham, por família, foi de 1,4 (DP=0,8) e 47 cuidadores (14,8%), dos 317 entrevistados, não souberam ou não quiseram responder essa variável.

A média do número de crianças no domicílio foi de 1,9 (DP=1,1). Com relação à criança receber auxílio financeiro governamental, 30,3% dos entrevistados confirmaram este benefício; 68,8% não recebem nenhum tipo de auxílio; três (0,9%) não souberam ou não quiseram responder.

4.2 Caracterização obstétrica, das crianças ao nascer e morbidade

Com relação às informações obstétricas, a média de consultas pré-natal realizadas foi de 7,5 consultas (DP=2); do total de 317 cuidadores, 75 (23,6%) não souberam ou não quiseram responder, sendo considerados como “Ignorado”. O tipo de parto predominante foi a cesárea e a média do tempo de gestação em semanas foi de 37,7 (DP=3,0); a maioria dos partos ocorreu entre 37 a 40 semanas.

Acerca da paridade, a média do número de gestações, por cuidadores, foi de 2,1 (DP=1,4), do número de partos 1,9 (DP=1,2) e de abortos 0,2 (DP=0,4). Nesta variável, quatro cuidadores (1,26%), do total de 317 entrevistados, não souberam ou não quiseram responder.

No que diz respeito às informações das crianças ao nascer, o peso médio ao nascimento foi 3.172 gramas (DP=524); nove (2,8%) cuidadores não souberam ou não quiseram responder. A média da estatura foi de 47,5 (DP=2,8) centímetros; 25 (7,8%) não souberam ou não quiseram responder.

Tabela 5 Dados obstétricos das mães de crianças arroladas para o estudo. Juazeiro do Norte, 2014-2015.

Variáveis	N (=317)	%
Tipo de Parto		
Normal	142	44,8
Cesáreo	174	54,9
Fórceps	1	0,3
Tempo de Gestação (semanas)		
<37	58	18,3
37-40	181	57,1
>40	34	10,7
Ignorado	44	13,9

Com relação à prática do aleitamento materno, 161 (50,8%) cuidadores informaram que a criança “*mama no peito*”; 154 (48,6%) disseram não oferecer seio materno e duas (0,6%) não souberam ou não quiseram responder. A Tabela 6 apresenta os tipos de alimentação atual das crianças selecionadas neste estudo e o predomínio do uso de mamadeira pode estar relacionado com a média de idade das crianças (11,6 meses).

Tabela 6 Tipo de Alimentação Atual dos menores de um ano, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.

Tipo de Alimentação	N (=317)	%
AMELD*	21	6,6
Aleitamento Predominante	61	19,2
Mamadeira	158	49,9
Aleitamento Misto	77	24,3

Nota: *AMELD: Aleitamento Materno Exclusivo Livre Demanda.

Tabela 7 Condições de saúde referida das crianças arroladas no estudo, Juazeiro do Norte (2014-2015).

Variável	N (=317)	%
A criança já teve algum episódio de diarreia, desde o nascimento		
Não	201	63,4
Sim	111	35,0
Ignorado	5	1,6
Outra criança no domicílio já teve diarreia		
Não	222	70,0
Sim	85	26,8
Ignorado	10	3,2
A criança já teve algum episódio de pneumonia, desde o nascimento		
Não	293	92,4
Sim	18	5,7
Ignorado	6	1,9
A criança tem algum problema de saúde		
Não	294	92,7
Sim	18	5,7
Ignorado	5	1,6
A criança já foi hospitalizada		
Não	252	79,5
Sim	60	18,9
Ignorado	5	1,6

No intuito de identificar as condições de saúde da criança, do nascimento, até o momento da entrevista, realizamos alguns questionamentos aos cuidadores e a Tabela 7 demonstra que a maioria das crianças não apresentaram episódios de diarreia ou de pneumonia desde o nascimento, ou mesmo têm algum problema de saúde. Sobre esse último item, 18 (5,7%) das entrevistadas informaram que a criança apresenta algum problema de saúde, entre eles anemia, refluxo, bronquite alérgica, sopro, hipotireoidismo, hidrocele e estrabismo. Ainda a respeito das condições de saúde, a maioria das crianças nunca foi hospitalizada.

4.3 Avaliação dos atributos da APS

Com relação ao grau de afiliação, 181 (57,1%) cuidadores relataram utilizar o mesmo serviço de saúde para o atendimento das crianças e apontam ser o enfermeiro a pessoa que melhor conhece sua criança. Todavia, cabe aqui destacar que 136 (46,9%) apontaram que o serviço de saúde que “*geralmente*” levam a criança, não era o mesmo que “*melhor conhece*” a criança, nem o mesmo que era o “*mais responsável*” pelo cuidado da saúde da criança, sendo identificada nessas respostas a não adesão dessas últimas crianças a um determinado serviço de saúde.

No que se refere à avaliação do cuidado da criança por meio do instrumento PCATool (versão infantil), a partir das experiências dos cuidadores de menores de um ano, a Tabela 8 apresenta os escores de cada atributo da APS.

Na avaliação dos atributos da APS, identifica-se que Coordenação (sistemas de informação) e Integralidade (Serviços Prestados) possuem maior grau de orientação à APS nos serviços avaliados pelos cuidadores.

O acesso de primeiro contato, referente à utilização do serviço, contabilizando todos os itens que o compõem, apresentou *escore* baixo, o que indica pouca orientação desse atributo nos serviços de saúde que os cuidadores utilizam para atendimento das crianças.

Ao especificar cada item avaliado no atributo acima citado, verifica-se que os cuidadores utilizam o mesmo serviço de saúde para atendimentos de rotina da criança, bem como reconhecem a necessidade de encaminhamento do médico quando a criança deve ser atendida em alguma especialidade. Entretanto, perante o surgimento de um novo problema, indicam que procuram outro serviço para resolvê-lo.

Tabela 8 Valores dos escores dos atributos da APS, nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.

Atributos	Média	Mediana	DP	Min-Max	IC 95%
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	6,2	6,7	2,9	0,0 - 10,0	5,9 - 6,5
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	5,5	5,6	1,9	0,0 - 10,0	5,2 - 5,7
Longitudinalidade	6,2	6,4	1,9	1,5 - 10,0	5,9 - 6,4
Coordenação - Integração de Cuidados	4,7	6,0	3,6	0,0 - 10,0	3,9 - 5,5
Coordenação - Sistema de Informações	7,6	7,8	1,9	1,1 - 10,0	7,4 - 7,8
Integralidade - Serviços Disponíveis	2,6	2,6	0,6	1,0 - 4,0	5,0 - 5,5
Integralidade - Serviços Prestados	6,8	7,3	3,1	0,0 - 10,0	6,5 - 7,2
Orientação Familiar	3,6	3,3	2,6	0,0 - 10,0	3,3 - 3,8
Orientação Comunitária	5,4	5,0	2,3	0,0 - 10,0	5,1 - 5,6

Também se identificou baixo *escore* para o outro subitem do atributo Acesso de primeiro contato, a acessibilidade (Tabela 9). Dos itens avaliados nesse momento, os cuidadores identificaram dois que se aproximaram do *escore* aceitável para uma boa orientação à APS, sendo eles o atendimento da criança no mesmo dia em que procura o serviço para uma avaliação de sua saúde e a facilidade em agendar consulta de rotina no serviço. Contudo, apontam que esperam tempo maior que 30 minutos para serem atendidos em consulta, bem como não utilizam contato telefônico com profissionais de saúde da unidade mediante qualquer dúvida que tenham a respeito da saúde da criança.

Tabela 9 Valores dos escores dos itens do atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade - nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.

Itens do Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	Média	DP
C ₁ – Quando o serviço de saúde está atendendo e o usuário fica doente, alguém desse serviço de saúde o atende no mesmo dia.	2,9	1,2
C ₂ – Tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no serviço de saúde, com o médico ou enfermeiro.	2,6	1,3
C ₃ – É fácil marcar uma consulta de rotina no serviço de saúde.	2,9	1,3
C ₄ – Quando chega ao serviço de saúde, tem que esperar mais que 30 minutos para que o usuário consulte com o médico ou enfermeiro.	3,2	1,1
C ₅ – É difícil conseguir atendimento médico para o usuário no serviço de saúde quando acha necessário.	2,3	1,3
C ₆ – Quando o serviço de saúde está aberto, consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar.	1,9	1,1

Com relação à Longitudinalidade (Tabela 10), apesar de alguns itens avaliados dentro deste atributo apresentarem valores elevados de *escore*, verifica-se baixo *escore* desse atributo como um todo.

Os cuidadores reforçam a característica forte de orientação do serviço de saúde para a APS quando informam ser o mesmo profissional de saúde que atende a criança em todas as suas avaliações, compreendem o que o profissional de saúde conversa/pergunta durante o atendimento, bem como o que ele responde frente aos questionamentos/dúvidas dos cuidadores. Além disso, pontuam que há tempo para que falem sobre suas preocupações relativas aos cuidados da criança e que se sentem à vontade conversando com esses profissionais e que eles conhecem a história da criança.

Por outro lado, indicam que o profissional conhece a criança mais como um problema de saúde do que como pessoa; que eles pouco sabem sobre medicamento em uso pela criança e que não entendem que se reuniriam com a família da criança para conversarem sobre a saúde dela.

Tabela 10 Valores dos escores dos itens do atributo Longitudinalidade, nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.

Itens da Longitudinalidade	Média	DP
D ₁ – Quando vai ao serviço de saúde é o mesmo médico ou enfermeiro que o usuário todas as vezes.	3,6	0,9
D ₂ – Se tiver uma pergunta sobre a saúde do usuário, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que o conhece melhor.	1,7	0,9
D ₃ – Acha que o médico ou enfermeiro do usuário entende o que você diz ou pergunta.	3,4	0,9
D ₄ – O médico ou enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entenda.	3,6	0,9
D ₅ – O médico ou enfermeiro te dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas.	3,1	1,2
D ₆ – Se sente à vontade contando suas preocupações ou problemas sobre o usuário ao médico ou enfermeiro.	3,2	1,2
D ₇ – O médico ou enfermeiro conhece o usuário mais como pessoa ou somente alguém com um problema de saúde.	2,7	1,3
D ₈ – O médico ou enfermeiro conhece a história clínica completa do usuário.	2,9	1,3
D ₉ – O médico ou enfermeiro sabe a respeito de todos os medicamentos que o usuário está tomando.	2,5	1,4
D ₁₀ – O médico ou enfermeiro se reuniria com sua família se você achasse necessário para o usuário.	2,5	1,1
D ₁₁ – Você mudaria do serviço de saúde para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer.	2,2	1,3

A Tabela 11 apresenta os escores do atributo Coordenação, subitem integração de cuidados, que se refere ao encaminhamento da criança para atendimento em serviço especializado. Para esse atributo, 98 (30,9%) cuidadores indicaram vivência de atendimento da criança por especialista e responderam de modo a indicar baixo escore para todos os itens avaliados.

Esse valor, abaixo do mínimo esperado como adequado, resulta do somatório de todas as médias do total de entrevistados. Uma vez que menos da metade respondeu a esse item, sua tendência, na média geral, é diminuir.

Tabela 11 Valores dos escores dos itens do atributo Coordenação – Integração de Cuidados- nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.

Itens da Coordenação – Integração de Cuidados	Média	DP
E ₂ – O serviço de saúde sugeriu/indicou que o usuário fosse consultar com este especialista ou serviço especializado.	2,1	1,3
E ₃ – O médico ou enfermeiro do usuário sabe que ela fez essa consulta com este especialista ou serviço especializado.	2,6	1,3
E ₄ – O médico ou enfermeiro ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta.	2,5	1,4
E ₅ – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o médico ou enfermeiro conversou com você sobre o que acontece durante essa consulta.	2,5	1,4
E ₆ – O médico ou enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado ao usuário no especialista ou serviço especializado.	2,0	1,3

Já no atributo Coordenação – sistema de informação – o *escore* encontrado foi elevado, indicando que o serviço possui forte grau de orientação nesse atributo. Ou seja, no que diz respeito aos documentos e/ou registros de saúde da criança, os cuidadores sempre os levam consigo para os atendimentos da criança. Para prontuários da criança, sempre se encontram disponíveis durante as consultas; todavia, as entrevistadas responderam que nem sempre os leem, se assim desejarem.

A Integralidade da atenção é outro atributo que também possui dois subitens. Relacionado aos serviços disponíveis, os resultados apontam baixo valor de *escore*. Na Tabela 12, observa-se que apenas os itens G₁, G₂ e G₃ alcançaram escores elevados, indicando os serviços que os cuidadores conhecem como disponíveis na unidade de saúde que frequentam.

No que diz respeito à Integralidade, subitem serviços prestados, encontramos elevado *escore*. Os cuidadores reconhecem as orientações que recebem durante os atendimentos das crianças, voltadas para a manutenção da sua saúde, com abordagens sobre alimentação, higiene, sono, além de indicadores dos marcos do desenvolvimento infantil. Dois escores se apresentaram próximos ao valor adequado de orientação à APS e envolvem orientações de prevenção de acidentes no domicílio, e manutenção da segurança da criança.

Tabela 12 Valores dos escores dos itens do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis - nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.

Itens da Integralidade – Serviços Disponíveis	Média	DP
G ₁ – O serviço de saúde oferece imunizações.	3,7	0,7
G ₂ – O serviço de saúde verifica se sua família pode participar de algum Programa de assistência social ou benefícios sociais.	3,0	1,2
G ₃ – O serviço de saúde oferece Programa de planejamento familiar.	3,2	1,1
G ₄ – O serviço de saúde oferece Programa de suplementação nutricional.	1,9	1,0
G ₅ – O serviço de saúde oferece aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas.	2,1	1,0
G ₆ – O serviço de saúde oferece aconselhamento para problemas de saúde mental.	2,3	1,1
G ₇ – O serviço de saúde oferece sutura e um corte que necessita de pontos.	2,1	1,1
G ₈ – O serviço de saúde oferece aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	2,9	1,2
G ₉ – O serviço de saúde oferece identificação de problemas visuais.	2,0	1,0

O atributo Orientação Familiar (Tabela 13) apresentou baixo *escore*, nesse estudo. Os valores sequer se aproximaram do valor estabelecido como corte (*escore* $\geq 6,6$), à exceção do reconhecimento, pelos cuidadores de que o médico ou enfermeiro que cuida da criança, em algum momento perguntou sobre doenças ou problemas de saúde existentes na família desta criança.

Conhecer a família da criança; identificar seus problemas mais importantes; saber sobre o trabalho dos membros que constituem essa família ou sobre o uso de medicamentos ou dificuldades em adquiri-los e investigar as ideias e opiniões da família sobre o tratamento da criança foram itens mal avaliados pelos cuidadores, indicando pouca aproximação dos profissionais de saúde com as famílias das crianças atendidas nos serviços aqui investigados.

Tabela 13 Valores dos escores dos itens do atributo Orientação Familiar, nas Equipes de Saúde da Família, zona urbana. Juazeiro do Norte, 2016.

Itens da Orientação Familiar	Média	DP
I ₁ – Acha que o médico ou enfermeiro conhece a família bastante bem.	1,9	1,2
I ₂ – O médico ou enfermeiro sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família.	1,8	1,2
I ₃ – O médico ou enfermeiro sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares do usuário.	1,6	1,1
I ₄ – O médico ou enfermeiro saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o usuário precise.	2,2	1,2
I ₅ – O médico ou enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado do usuário.	2,0	1,3
I ₆ – O seu médico ou enfermeiro já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família do usuário.	3,0	1,3

Da Orientação Comunitária, como atributo avaliado pelos cuidadores, somente o item “visita domiciliar” obteve *escore* acima do corte, indicando que os serviços se encontram com forte grau de orientação à APS nesse item. Conhecer os problemas de saúde importantes da comunidade resultou em *escore* próximo ao corte.

Contudo, há que se destacar o pouco ou não reconhecimento dos participantes, nesse estudo, de que os profissionais de saúde dos serviços aqui avaliados convidam os membros das famílias para o exercício da participação social, em espaços de decisão, a exemplo do Conselho Local de Saúde.

Tabela 14 Valores dos escores Essencial e Geral. Juazeiro do Norte, 2016.

Escores	Média	Mediana	DP	Min-Max	IC 95%
Essencial	6,1	6,3	1,7	2,6 – 9,2	5,8 – 6,5
Geral	5,9	5,9	1,6	2,7 -9,2	5,5 – 6,2

Os escores Essencial e Geral obtiveram valores médios (Tabela 14) classificados como baixos na avaliação dos cuidadores de menores de um ano. Esses dois itens são formados por diferentes médias dos atributos da APS, investigados no PCATool, versão infantil.

O *Escore* Essencial é medido a partir da soma do *escore* médio dos componentes pertencentes aos atributos essenciais (Acesso de Primeiro Contato – utilização; Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade; Logitudinalidade; Coordenação – Integração de cuidados; Coordenação – Sistema de informação; Integralidade – Serviços disponíveis;

Integralidade – Serviços prestados), acrescido do Grau de Afiliação, dividido pelo número de componentes. Como a maioria dos escores essenciais foram inferiores ao limite considerado, esses valores trouxeram o *Escore* Essencial para baixo.

O mesmo foi obtido no *escore* Geral, que é dado a partir da soma dos atributos essenciais, acima citados, acrescido do Grau de Afiliação e dos atributos derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária) e divididos pelo número total de componentes. Apesar de os atributos de Coordenação (sistema de Informação) e Integralidade (serviços prestados), alcançarem valores de *escore* considerados como adequados, a maioria dos atributos da APS avaliados apresentaram médias de *escore* insuficiente, o que contribuiu para o baixo valor do *escore* Geral.

4.4 Associação entre os episódios de pneumonia e diarreia (condições sensíveis à APS) em relação às variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e os atributos da Atenção Primária à Saúde

Conforme já apresentado anteriormente, ao analisar as condições sociodemográficas das crianças e de suas famílias, bem como as condições de saúde da criança, buscamos, neste estudo, também compreender as relações entre essas variáveis e a avaliação da APS feita pelos cuidadores das crianças.

Conforme já apresentado anteriormente, ao analisar as condições sociodemográficas das crianças e de suas famílias, bem como antecedentes obstétricos das mães e a qualidade da APS segundo seus atributos onde as crianças eram atendidas, buscamos nesse estudo verificar a associação de duas variáveis dependentes do estudo, considerada como uma condição sensível à Atenção Primária, sendo uma a diarreia e a outra pneumonia.

A tabela 15 evidencia a relação destas variáveis em relação ao desfecho da diarreia por meio da análise bivariada. As variáveis $p < 0,02$ com maior significância foram receber auxílio do Bolsa Família e ainda histórico da mãe de aborto, tendo-se que o Bolsa Família (OR= 0,51; IC95%: 0,31 – 0,85) foi encontrado como fator de proteção para os episódios de diarreia, enquanto que o histórico de aborto foi chance para esse desfecho (OR= 2,25; IC95% 1,15 – 4,38). Estas variáveis foram levadas para o modelo de regressão logística para verificar quais melhor se ajustavam no mesmo, como se pode observar na sequência.

Tabela 15 Variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos associados às diarreias em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2016.

Variável independente	Diarreia		Odds Ratio	IC 95%	P valor
	Não N	Sim N			
Escolaridade			Ref		
Ensino fundamental completo, médio ou superior.	159	87	1,13	0,73 - 1,91	0,542
Estado Civil			Ref		
Casado	114	66	1,18	0,73 - 1,91	0,542
Não Casado	84	41			
Moradia: Inadida			Ref		
Não	189	101	0,80	0,27 - 2,31	0,783
Sim	9	6			
Abastecimento água: Rede pública			Ref		
Sim	186	105	3,38	0,74 -15,42	0,150
Não	12	2			
Tratamento de água no domicílio			Ref		
Sim	50	25	1,10	0,63 – 1,92	0,781
Não	148	82			
Destino fezes/urina: Sistema esgoto			Ref		
Sim	151	79	1,13	0,66 – 1,95	0,677
Não	47	28			
Criança recebe auxílio Bolsa Família/outro			Ref		
Sim	51	43	0,51	0,31 – 0,85	0,013**
Não	147	64			
Tipo de parto: Normal			Ref		
Sim	111	55	1,20	0,75 – 1,93	0,471
Não	87	52			
Paridade			Ref		
≤ 3	166	95	1,52	0,75 – 3,10	0,306
> 3	32	12			
Aborto			Ref		
Não	151	94	2,25	1,15 – 4,38	0,016**
Sim	47	13			
Tempo de gestação			Ref		
37 – 40 semanas	124	53	0,58	0,36 – 0,94	0,29
< 37 ou > 40 semanas	74	54			
Número de consultas Pré-Natal			Ref		
≥ 7	109	60	1,04	0,64 – 1,67	0,904
< 7	89	47			
Peso ao nascimento			Ref		
≥ 2500g	172	98	1,64	0,74 – 3,65	0,261
< 2500g	26	9			
Irmão morreu com menos de 5 anos de idade			Ref		
Não	196	103	0,26	0,04 – 1,45	0,189
Sim	2	4			

**p<0,05

Segundo a tabela 16, as únicas variáveis que permaneceram no modelo foram criança receber auxílio (OR: 0,54; 0,32 – 0,91) e ainda acessibilidade do primeiro contato à unidade de Atenção Primária à Saúde (OR: 0,49; 0,31 – 0,76), variáveis identificadas como possível fator de proteção para os episódios de diarreia.

Tabela 16 Estatísticas obtidas no ajuste logístico multivariado investigando fatores para diarreia em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2015.

Modelo Ajustado	Odds Ratio ajustado	IC 95%	P valor
Criança recebe Bolsa Família ou outro auxílio	0,54	0,32 – 0,91	0,020
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	0,49	0,31 – 0,76	0,002

*Teste de Hosmer e Lemeshow $p=0,369$ / Cox e Snell $p= 0,054$ / Nagelkerke $p=0,075$

Na sequência (tabela 17), estão descritas as variáveis testadas para o desfecho pneumonia, segundo a tabela as variáveis que apresentaram $p<0,2$ foram apenas destino para os dejetos (OR: 5,53; IC 95% 0,72 – 42,44) e ainda se domicílio é abastecido por água encanada.

Tabela 17 Variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos associados à pneumonia em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2016.

Variável independente	Pneumonia		Odds Ratio	IC 95%	P valor
	Não N	Sim n			
Estado Civil	1	0	Ref		
Casado	13	167	0,42	0,13 – 1,33	0,203
Não casado	4	121			
Moradia: Invadida			Ref		
Não	16	274	1,22	0,15 – 9,89	0,586
Sim	1	14			
Abastecimento de água: Rede pública			Ref		
Sim	14	277	5,39	1,35-21,55	0,036**
Não	3	11			
Tratamento de água no domicílio			Ref		
Sim	15	215	0,39	0,08 – 1,75	0,259
Não	2	73			
Destino de fezes e urina: Sistema de esgoto			Ref		
Sim	16	214	5,53	0,72- 42,44	0,082**
Não	1	74			
Criança recebe auxílio Bolsa Família ou outro			Ref		
Não	12	199	0,93	0,31 – 2,72	1,000
Sim	5	89			
Tipo de parto: Normal			Ref		
Sim	11	155	1,57	0,56 – 4,36	0,458
Não	6	133			
Paridade			Ref		
≤ 3	15	246	0,78	0,17 – 3,54	1,000
> 3	2	42			
Aborto			Ref		
Não	16	229	0,243	0,03 – 1,86	0,210
Sim	1	59			
Tempo de gestação			Ref		
37 – 40 semanas	11	166	0,74	0,26 – 2,06	0,622
< 37 ou > 40 semanas	6	122			
Número de consultas Pré-Natal			Ref		
≥ 7	11	158	0,66	0,23 – 1,84	0,464
< 7	6	130			
Peso ao nascimento			Ref		
≥ 2500g	14	256	1,71	0,46 – 6,29	0,426
< 2500g	3	32			
Irmão morreu com menos de 5 anos de idade			Ref		
Não	17	282	0,94	0,91 – 0,97	1,000
Sim	0	6			

**p<0,2

Quanto ao desfecho pneumonia, as variáveis associadas ao desfecho foram o não acesso ao abastecimento de água na rede pública (OR: 5,79; IC95%: 1,40 – 23,96) e ainda a não utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (OR: 1,89; IC95% 1,06-3,35).

Tabela 18 Estatísticas obtidas no ajuste logístico multivariado investigando fatores para pneumonia em estudo sobre acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde, Juazeiro do Norte, 2016.

Modelo Ajustado	Odds Ratio ajustado	IC 95%	P valor
Abastecimento de água: rede pública	5,79	1,40 – 23,96	0,015
Acesso de primeiro contato – utilização	1,89	1,06 – 3,35	0,031

*Teste de Hosmer e Lemeshow p=0,533 / Cox e Snell p= 0,029 / Nagelkerke p=0,084

5 *Discussão*

Os serviços da atenção primária voltados à saúde integral da criança são imprescindíveis, principalmente nos primeiros anos de vida, à manutenção da saúde infantil e ao crescimento e desenvolvimento adequados.

No presente estudo, a avaliação da atenção à saúde da criança no âmbito da ESF, utilizando o PCATool, permitiu aferir a percepção dos cuidadores sobre a qualidade dos serviços dirigidos à população infantil, por meio da medida da extensão dos atributos da APS naqueles serviços investigados. A participação dos cuidadores nesse processo é importante, uma vez que a visão avaliativa do usuário dos serviços de saúde é essencial dentro do processo assistencial, pois é quem usufrui o serviço com seus aspectos positivos e negativos. Nesse sentido, o serviço tende a ser avaliado de modo mais crítico pelo usuário do que pelos profissionais de saúde (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; SILVA, FRACOLLI, 2016; VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Ao considerar o grau de afiliação, observa-se que a ESF foi identificada como serviço de referência para o cuidado de saúde da criança pela maioria dos cuidadores entrevistados, mostrando semelhança com outras pesquisas realizadas em diversas regiões do Brasil (BRAZ, 2012; HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; OLIVEIRA, VERÍSSIMO, 2015; PEREIRA *et al.*, 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010; SILVA, FRACOLLI, 2016). Tal fato propicia uma melhor relação entre cuidadores e profissionais e, conseqüentemente, o conhecimento, desses últimos, acerca da situação de saúde da criança.

Contudo, apesar de a maioria dos cuidadores apontarem a ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde da criança, percebe-se que é alto o percentual de cuidadores que referiram outros serviços da rede assistencial, tal como o Hospital Infantil Maria Amélia Bezerra de Menezes, para o cuidado infantil. O atendimento de consultas pediátricas realizadas fora da ESF revela que o município ainda possui práticas de organização do serviço de saúde voltadas para o modelo de atenção básica tradicional, corroborando com estudo de Silva e Francolli (2016).

Além disso, esse resultado nos mostra, ainda, que esses cuidadores tendem a avaliar mal o serviço oferecido pela ESF, uma vez que não usufruem frequentemente dele. Em outras pesquisas avaliativas, o percentual de cuidadores que indicaram a ESF como principal serviço de referência para o cuidado de saúde da criança foi superior. No estudo de Furtado *et al.* (2013) foram 100% dos cuidadores

entrevistados; Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010) identificaram 77,6%, e o estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011), 77,7%.

Essa opção por outro serviço de saúde, que não a APS, pode deixar o acompanhamento da saúde da criança sem sustentação, uma vez que há possibilidade de não continuidade nas orientações de cuidados voltadas ao crescimento e pleno desenvolvimento da criança (FURTADO, 2014). Nesse sentido, perde-se a noção de atendimento da criança para promoção de sua saúde e prevenção de agravos, buscando-se atendimento somente em caso de doença (FURTADO, 2014).

Na interpretação dos valores das médias dos escores dos atributos da APS, a maioria dos atributos avaliados obtiveram baixos escores, à semelhança de outros estudos (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; SILVA, FRACOLLI, 2016), e apenas os atributos Coordenação (sistema de informações) e Integralidade (serviços prestados) obtiveram bons resultados. Contudo, esses resultados contrastam com um estudo realizado na Espanha, com pais de crianças menores de quinze anos, em que os atributos avaliados indicaram a existência de uma APS de qualidade (BERRA *et al.*, 2014).

Um estudo realizado em Hong-Kong, utilizando o PCATool – versão adulto, apontou que pacientes do serviço público avaliaram negativamente os atributos da APS, quando comparados com os pacientes que utilizavam o sistema de saúde privado, devido à dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde e pelo fato de que o cuidado à saúde ser centrado no paciente, reproduzindo assim o modelo de saúde biomédico (WONG *et al.*, 2010).

Na China, um estudo semelhante ao citado acima, com o objetivo de avaliar os atributos da atenção primária nos Centros Comunitários de Saúde (principal prestador de cuidados primários nesse país), encontrou resultados insatisfatórios para a presença e extensão dos atributos da APS, em virtude da prática clínica com ênfase no tratamento da doença e não nos cuidados voltados à promoção e prevenção da saúde na comunidade.

Nesse contexto, podemos identificar que a presença desses atributos no processo assistencial da saúde da criança tem sido inadequada, ou seja, o novo modelo assistencial que visa a garantir a equidade e a integralidade das ações de saúde ainda não conseguiu substituir o modelo de assistência médico-hospitalar com

centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença. Faz-se necessária a melhoria da oferta de serviços de saúde, como também da vivência dos atributos da APS, mediante reformulação do processo de trabalho por parte dos gestores e profissionais de saúde, para garantir a qualidade e a eficiência da APS e, conseqüentemente, consolidar os princípios do SUS, uma vez que a ESF constitui um modelo de reorganização e fortalecimento da APS (STARFIELD, 2002), além de um espaço propício para a promoção da saúde da criança (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

O atributo Acesso de Primeiro Contato é definido por Starfield (2002) como o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências e urgências médicas, e está dividido em dois elementos: Acesso de Primeiro Contato (utilização) e Acesso de Primeiro Contato (acessibilidade).

O Acesso de Primeiro Contato (utilização) obteve *escore* pouco abaixo da média, contrastando com o grau de afiliação. Uma possível justificativa para isso é o fato de muitos cuidadores buscarem outros serviços de saúde para o cuidado da criança, quando elas apresentam um novo problema de saúde. Assim, infere-se que, embora a ESF seja considerada como uma fonte regular de cuidados à criança, em virtude do alto grau de afiliação, ela não tem cumprido o seu papel de porta de entrada para os serviços de saúde. Outros trabalhos atingiram resultados divergentes (BRAZ, 2012; SILVA, FRACOLLI, 2016).

Zickafoose, Decamp, Prosser (2013) revelaram, em seu estudo, que pais que aumentaram a utilização de serviços primários, diminuíram a procura por serviços de emergência. Daí a importância de conscientizá-los sobre esse uso para promoção da saúde e prevenção de agravos (ZICKAFOOSE, DECAMP, PROSSER, 2013; WILSON *et al.*, 2013).

O Acesso de Primeiro Contato (acessibilidade) é configurado pelas condições organizacionais dos serviços e dos recursos de saúde que possibilitam a sua utilização pelos usuários (COSTA *et al.*, 2011). No presente estudo, o *escore* alcançado foi insatisfatório. Isso indica que, apesar de os cuidadores referirem que o atendimento das suas crianças ocorre no mesmo dia em que procuram a ESF, o tempo de espera do atendimento é muito longo. Outra questão a ser considerada é o fato de as unidades de saúde não possuírem telefone, o que também dificulta o acesso.

O apanhado desse resultado está relacionado ao fato de as crianças possuírem peculiaridades que fazem com que elas necessitem dos serviços de saúde com mais frequência, principalmente por condições agudas (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011). Desse modo, a oferta do serviço de saúde não atende a alta demanda de forma adequada, o que legitima a avaliação do serviço de saúde como negativa (SILVA, FRACOLLI, 2016). Esses resultados são comuns em outros estudos (BRAZ, 2012; COSTA *et al.*, 2011; HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; OLIVEIRA, VERÍSSIMO, 2015; PEREIRA *et al.*, 2011); entretanto divergem do estudo de Berra *et al.* (2014) realizado na Espanha.

Nessa perspectiva, é necessário reorganizar os serviços de saúde do município, com um olhar voltado às características vulneráveis e biológicas das crianças, com ênfase nas práticas voltadas ao acolhimento da população, de forma que a ESF atue como reorientadora do cuidado. Essa política governamental reestrutura a APS e, conseqüentemente, fortalece os princípios norteadores do SUS (RIBEIRO, ROCHA E RAMOS-JORGE, 2010).

Ao analisarmos o *escore* da Longitudinalidade, percebemos que esse atributo não alcançou a média satisfatória, assim como nos estudos de Marques *et al.* (2014) e Oliveira e Veríssimo (2015). Outros trabalhos consultados registraram resultados diferentes (BERRA *et al.*, 2014; BRAZ, 2012; FRANK *et al.*, 2015; FURTADO *et al.*, 2013; HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; PEREIRA *et al.*, 2011; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010; SILVA, FRACOLLI, 2016).

Este atributo é traduzido pela boa comunicação entre profissionais e usuários, o que favorece o acompanhamento do paciente pela equipe de saúde, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência (CUNHA, GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002). A presença adequada da longitudinalidade é uma condição essencial para o sistema de saúde, uma vez que ela tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de reduzir os encaminhamentos desnecessários que sobrecarregam os sistemas de saúde (GERVAS, FERNANDEZ, 2006).

Para Baratieri e Marcon (2012) é importante identificar as dificuldades envolvidas na realização da atenção longitudinal e os elementos propulsores de mudanças são fundamentais para que a ESF possa compreender a importância da longitudinalidade, as formas para realizá-la e melhorá-la no cotidiano profissional.

Os resultados aqui encontrados demonstram que, embora os profissionais responsáveis pelos atendimentos das crianças sejam sempre os mesmos e exista uma boa comunicação entre profissionais e cuidadores, a ESF não conhece o contexto familiar e social da criança. É possível que essa comunicação seja pontual ao motivo do atendimento, o que indica que o modelo de ESF não está em consonância com os princípios propostos pela APS, que visa à atenção integral ao usuário (SILVA, FRACOLLI, 2016). A substituição desse modelo por um baseado na focalização do indivíduo e da família como centro da atenção é uma das premissas para o fortalecimento do SUS (FRANK *et al.*, 2015).

Diante do exposto, alude-se à necessidade de ações que priorizem o desenvolvimento desse atributo no cuidado às crianças menores de um ano. Mello e Lima (2009) destacam a importância da qualidade de comunicação entre a família e os profissionais na assistência à saúde da criança, para alcançar adequados resultados de saúde. As autoras apontam a necessidade de a equipe repensar suas práticas, no sentido de aumentar o vínculo com a população, a adesão às medidas de proteção e promoção à saúde, a atuação efetiva dos profissionais de saúde junto às famílias e a construção de planos de responsabilização e de projetos de saúde (MELLO, LIMA, 2009).

Com relação à Coordenação, Starfield (2002) afirma que ela requer tanto um meio de transferência de informações, o componente estrutural, quanto o reconhecimento dessas informações, o componente processual. Este atributo foi também dividido em dois elementos - Integração de Cuidados e Sistema de Informação – para melhor interpretação dos resultados (BRASIL, 2010b).

A Coordenação (integração de cuidados) obteve *score* insatisfatório, posto que a maioria dos cuidadores relatou que suas crianças não consultaram nenhum especialista ou serviço especializado. Outros estudos registraram resultados parecidos (BRAZ, 2012; MARQUES *et al.*, 2014). O resultado encontrado neste estudo pode ser explicado pela dificuldade de marcação de consultas especializadas, relatada verbalmente pelos cuidadores durante a coleta de dados, embora o município disponha de uma central de marcação de consultas especializadas. Além disso, o baixo percentual de encaminhamentos referidos pelos cuidadores e a avaliação negativa da coordenação (integração de cuidados) possuem relação com a avaliação também negativa da longitudinalidade, uma vez que a assistência à saúde das

crianças menores de um ano tem sido pontual e isolada, o que, conseqüentemente, impossibilita a continuidade do cuidado.

A ausência/dificuldade no acesso aos serviços secundários surge também em diversos estudos (COOK *et al.*, 2007; FORREST, 2010; PLETCHER *et al.*, 2010; ZUCHERMAN *et al.*, 2011; ANDRADE *et al.*, 2013; ZUCHERMAN *et al.*, 2013), apresentando-se como obstáculo para a integralidade. Essa confirmação corrobora os achados da presente investigação, uma vez que os cuidadores reconhecem que suas crianças nunca frequentaram um especialista. Uma vez que embora menos da metade dos cuidadores tenha vivenciado essa situação (encaminhamento para especialistas), eles a avaliaram de modo a indicar que os serviços avaliados possuem menor grau de orientação à APS para esse atributo.

Por outro lado, a Coordenação (sistema de informação) registrou o maior *escore* de todos os atributos avaliados. Esse componente contém três itens que avaliam o sistema de registro das informações do paciente (Caderneta de Saúde da Criança e prontuário). A avaliação revelou que os cuidadores sempre levam algum registro de saúde da criança e que o prontuário está sempre disponível no atendimento. Esses aspectos são importantes, visto que o compartilhamento de registros permite que os profissionais responsáveis por uma atenção longitudinal tenham conhecimento das possíveis ocorrências e condutas relacionadas à saúde de seus usuários, de modo facilitar a continuidade da atenção (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Além disso, a Caderneta de Saúde da Criança foi implantada pelo Ministério da Saúde brasileiro como um meio de visualização do crescimento e desenvolvimento infantil, pois comporta em seus registros dados de identificação e os eventos mais significativos da saúde criança, como avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, orientações à mãe/família/cuidador acerca de cuidados com a criança, além de orientações para a prevenção e promoção da saúde infantil (LINHARES *et al.*, 2012; BRASIL, 2012). Ela é um instrumento de vigilância e de comunicação entre a família e os diversos profissionais da saúde que atendem essas crianças, além pertencer à família, sendo possível que ela transite pelos diversos serviços e níveis de atenção em saúde (PALOMBO, DUARTE, FUJIMORI, 2014; BRASIL, 2012).

Entretanto, os cuidadores relataram que não possuem acesso ao prontuário, o que demonstra que desconhecem seus direitos nos serviços de saúde. Assim, é

necessário o desenvolvimento de práticas educativas que propiciem condições para a autonomia do sujeito (SILVA, BAITILO, FRACOLLI, 2015).

Nesse sentido, os resultados da coordenação apontam positividade em um aspecto, mas negatividade em outro, o que indica fragilidade na coordenação da atenção como um todo, contrastando com outros estudos (BERRA *et al.*, 2014; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; PEREIRA *et al.*, 2011; VAN STRALEN *et al.*, 2008). Um estudo realizado na Suíça aponta que ausência da coordenação compromete a continuidade do cuidado ao recém-nascido e sua mãe, após a alta hospitalar (KURTH *et al.*, 2016).

A presença da coordenação do cuidado no âmbito da ESF requer a transferência de informações sobre os problemas das crianças, bem como da assistência recebida em outros pontos de atenção, possibilitando a continuidade do cuidado (MARQUES *et al.*, 2014). Infere-se, portanto, que a ESF do município, na perspectiva dos cuidadores, não tem garantido o acesso das crianças menores de um ano a outros níveis de atenção. Posto isso, não é possível haver uma comunicação entre a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde, o que impossibilita que a APS desempenhe seu papel de coordenadora do cuidado.

Diante desse cenário, é fundamental o estabelecimento de uma rede assistencial que permita a integração entre os níveis de atenção, bem como sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde. Além disso, outro desafio importante é a ampliação da clínica dos profissionais das equipes de Saúde da Família com vistas a suscitar reflexões e novos arranjos para uma APS com efeito de coordenar (CONILL, FAUSTO, GIOVANELLA, 2010; MENDES, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2014).

A Integralidade é um dos aspectos fundamentais da APS (PAIM, 2004). Por meio dela, é possível aferir a capacidade da APS de atender as necessidades dos usuários nos serviços de saúde em todos os níveis e nas áreas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (STARFIELD, 2002). No instrumento aqui utilizado para avaliar os serviços de saúde, esse atributo está dividido em dois elementos: Integralidade (serviços disponíveis) e Integralidade (serviços prestados).

No presente estudo, observa-se que a Integralidade (serviços disponíveis) registrou a pior média de *escore* de todos os atributos avaliados, assim como em outros estudos avaliativos (BRAZ, 2013; FURTADO *et al.*, 2013; HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA E OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO,

LUZ, ARAUJO, 2014; SILVA, FRACOLLI, 2016), e diferente do estudo de Berra et al. (2014). É possível que esse fato seja explicado pela inexistência de alguns serviços nas unidades de saúde avaliadas, bem como pela falta de materiais mencionada verbalmente pelos cuidadores durante a nossa coleta de dados.

Todavia, muitos cuidadores não souberam responder sobre a disponibilidade de alguns serviços, que constam no PCATool, como por exemplo, “programas de suplementação nutricional”, “aconselhamento ou tratamento de uso prejudicial de drogas”, “aconselhamento para problemas de saúde mental”, “sutura de corte” e “identificação de problemas visuais”, o que contribuiu para o baixo *escore*.

No que se refere à Integralidade (serviços prestados) o *escore* obtido foi satisfatório, corroborando com outras pesquisas (FURTADO *et al.*, 2013; HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA E OLIVEIRA, 2011). No entanto, esses resultados divergem de outros trabalhos avaliativos (BERRA *et al.*, 2014; BRAZ *et al.*, 2013; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; SILVA, BAITILO, FRANCOLLI, 2015; SILVA, FRACOLLI, 2016). É evidente que, ao analisarmos esse atributo de forma isolada, os resultados aqui encontrados indicam que as equipes de saúde contemplam ações de promoção e de prevenção à saúde. Contudo, ao associarmos esse atributo ao baixo *escore* da Longitudinalidade, inferimos que os cuidadores avaliaram esse atributo baseado em atendimentos pontuais ao motivo que levou a criança à unidade de saúde. Assim, percebe-se a persistência do modelo biomédico, em relação às ações preventivas voltadas ao cuidado da coletividade (CAMPOS, 2003).

Nessa perspectiva, a integralidade deve permear o modo pelo qual as práticas estão organizadas (da fragmentação para o todo). Os serviços necessitam, portanto, de apresentar uma postura que viabilize cuidado ampliado, tendo o usuário como protagonista desse processo e o profissional de saúde com compreensão para assimilar as necessidades que surgirão e oferecer resolubilidade para elas (PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010), com melhoria do acesso e integração do serviço com outras redes sociais (ANDRADE *et al.*, 2013; RAMIREZ-TIRADO, TIRADO-GOMEZ; LÓPEZ-CERVANTES, 2014).

Diante do exposto, é notório que vários fatores políticos, gerenciais, institucionais e estruturais limitam a integralidade do cuidado à criança na APS. Para alguns autores, a ESF não tem conseguido resolver os problemas de saúde da criança e da população em geral; e a articulação das ações entre a atenção primária,

secundária e terciária acontece de forma informal, o que fere os princípios de acesso, equidade e integralidade da atenção definidos no SUS. Além disso, geram situações contínuas como baixa resolutividade da APS, o que contribui para o aumento da demanda nos demais níveis de complexidade e, conseqüentemente, eleva também a insegurança e insatisfação da população em relação aos cuidados oferecidos na APS (BRAZ, 2013; CARDOSO, VIEIRA, 2012; COSTA *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; RIBEIRO, SIQUEIRA, PINTO, 2010; SILVA, BAITILO, FRANCOLLI, 2015; SILVA, FRACOLLI, 2016; SOUSA, EDMANN, MOCHÉL, 2011).

É evidente que o SUS ainda não possui estrutura suficiente para responder às diversas situações que permeiam o processo saúde-doença, não apenas pela sua estrutura física, como também pelo despreparo das equipes de saúde da família no enfrentamento de situações diversificadas (PEREIRA *et al.*, 2011).

Diante disso, alude-se à necessidade de as unidades com a ESF ofertarem e divulgarem mais serviços de saúde para a população, bem como disponibilizarem profissionais qualificados em relação ao cuidado infantil para atenderem às necessidades básicas e de grande impacto na saúde geral das crianças, das famílias e da comunidade, visto que tais medidas podem contribuir para melhores indicadores de saúde (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; NORONHA *et al.*, 2009). Para isso, é necessário o empenho de trabalhadores e gestores da saúde na construção de novas práticas direcionadas à saúde integral do paciente, com uma organização dos serviços de saúde estruturada a partir de um processo efetivo de educação permanente (MARQUES *et al.*, 2014; MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

A Orientação Familiar e a Orientação Comunitária são atributos considerados como derivados da APS e abordam aspectos relacionados ao envolvimento da equipe de saúde com o grupo familiar e com a comunidade (BRASIL, 2010b).

No tocante à Orientação Familiar, esse atributo tem associação com a Longitudinalidade, visto que a assistência à saúde da criança requer maior interação com a família. A média de *escore* encontrada para esse atributo foi insatisfatória, assim como na Longitudinalidade. Entre os seis itens que o compõem, apenas o que faz referência às doenças/problemas existentes na família dos cuidadores é que foi classificado, pelas entrevistadas, como adequado. Os demais itens registraram baixos escores e apontam a desvalorização dos aspectos relacionados ao grupo familiar da criança.

Assim, é evidente que as práticas de saúde voltadas ao conhecimento do contexto familiar ainda são frágeis e reforçam o modelo médico assistencial tradicional, corroborando outros estudos que identificaram resultados semelhantes (ARAUJO *et al.*, 2014; BRAZ, 2012; HARZHEIM, 2004; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; OLIVEIRA, VERÍSSIMO, 2015; PEREIRA *et al.*, 2011; SILVA, BAITELO, FRANCOLLI, 2015; SILVA, FRANCOLLI, 2016; VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Silva, Baitelo, Francolli (2015), consideram que a Orientação Familiar é avaliada, pelo instrumento PCATool-Brasil, de forma reducionista, orientada para a doença e para práticas curativas, de forma que sua abordagem não contempla as características fundamentais que dão identidade à ESF. Nesse contexto, os autores apontam a necessidade de estratégias de educação permanente que levem os profissionais a identificar a importância da sensibilização e da aprendizagem sobre a abordagem familiar e sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de seu trabalho (SILVA, BAITELO, FRANCOLLI, 2015).

A educação permanente dos profissionais ainda requer o enfrentamento de diversos desafios em termos de superação da formação e capacitação, mas não há como desconsiderar que ela contribui de modo bastante eficaz na devolutiva que é o cuidado do usuário, quando se considera o profissional de saúde também como indivíduo que necessita compartilhar experiências, saberes, a partir do diálogo e assim, recriar um novo sentido para o cuidado (SILVA *et al.*, 2010).

É, portanto, imprescindível que no processo de educação permanente haja espaços para reflexões sobre o cuidado nos diferentes níveis de atenção, considerando o caminhar do usuário por esses níveis, e apreendendo a integralidade a partir do diálogo entre esses níveis, como forma de permitir que ocorra cuidado resolutivo (SILVA *et al.*, 2013).

Araújo *et al.* (2014) também destacam a importância da educação permanente em saúde, no sentido de ampliar as discussões no ambiente de trabalho que reflitam no cuidado integral a criança. Além disso, recomendam um olhar ampliado sobre a criança e sua família, no intuito de propiciar um cuidado integral e resolutivo, que contribua para a redução da morbimortalidade infantil e assim fortaleça os princípios da APS.

Com relação à Orientação Comunitária, esse atributo obteve média de *escore* insatisfatório. Dos quatro itens que o compõem, apenas o referente à ocorrência de

visitas domiciliares obteve *escore* satisfatório. Entretanto, os cuidadores relataram que as visitas domiciliares eram realizadas pelos ACS, quando deveriam ser realizadas por todos os profissionais da equipe, uma vez que elas auxiliam o processo de vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade. Tais achados corroboram resultados de estudos semelhantes (ARAUJO *et al.*, 2014; BRAZ, 2012; COSTA *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; OLIVEIRA, VERÍSSIMO, 2015; PEREIRA *et al.*, 2011; SILVA, BAITILO, FRANCOLLI, 2015; SILVA, FRACOLLI, 2016) e contrastam com os estudos de Leão, Caldeira, Oliveira (2011) e Furtado *et al.* (2013).

Desse modo, infere-se que os serviços de saúde avaliados não possuem uma relação direta com a população adstrita, não reconhecem as peculiaridades de saúde da comunidade e não permitem a participação da população nos processos decisórios. Consequentemente, o planejamento de ações de saúde se torna inviável e prevalece uma postura voltada à demanda espontânea e não à continuidade do cuidado, ferindo assim os princípios do SUS.

O *Escore* Essencial obteve baixo valor. Ele é composto pela média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (acrescido do Grau de Afiliação): Acesso de Primeiro Contato (utilização); Acesso de Primeiro Contato (acessibilidade); Longitudinalidade; Coordenação (integração de cuidados); Coordenação (sistema de informação); Integralidade (serviços disponíveis); Integralidade (serviços prestados); dividido pelo número de componentes. Algumas pesquisas avaliativas encontraram resultados semelhantes (BRAZ, 2012; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; SILVA, BAITILO, FRANCOLLI, 2015; SILVA, FRACOLLI, 2016) e outras, divergentes (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; FURTADO *et al.*, 2013).

O *Escore* Geral também registrou valor da média baixo. Este item é formado pelas médias dos atributos essenciais acima citados (incluindo o Grau de Afiliação), acrescidos dos atributos derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária) e dividido pelo número de componentes. Alguns trabalhos apresentaram resultados comuns aos identificados nesse estudo (BRAZ, 2012; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO, LUZ, ARAUJO, 2014; SILVA, BAITILO, FRANCOLLI, 2015; SILVA, FRACOLLI, 2016); outros, diferentes (FURTADO *et al.*, 2013; OLIVEIRA, VERÍSSIMO, 2015).

A interpretação dos resultados referentes aos Escores Essencial e Geral nos permite concluir que a presença e a extensão dos atributos da APS na ESF do município estão comprometidas, apesar de o município possuir alta cobertura de ESF. Isso indica que a ESF não tem conseguido funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, mas, sim, como mais uma opção de atendimento, prevalecendo, ainda, o modelo biomédico curativista.

Dessa forma, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde priorizem a assistência à saúde da criança, de modo que as ações e serviços da ESF no município sejam organizados de forma participativa e alicerçados na integralidade, na equidade e na resolutividade.

Contudo, são muitos os desafios para que a APS assuma o papel de coordenadora de uma RAS. Entre eles, destacam-se a falta de política institucional direcionada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades sobre este ponto de atenção, a falta de legitimidade social, a visão restrita de gestores que tendem a compreendê-la, por vezes, como seletiva, além da insuficiência de recursos qualificados para um *modus faciendi* desta estratégia, o que resulta em uma notável carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos na APS (CONILL, FAUSTO, GIOVANELLA, 2010; MENDES, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2014).

Os resultados da análise inferencial apontam associação entre a criança receber auxílio do Programa Bolsa Família e o desfecho diarreia, apontado como fator proteção para a ocorrência desta condição clínica. Esse Programa governamental tem auxiliado as famílias de baixa renda, de modo a permitir que cuidem melhor de suas crianças. Rasella *et al.* (2013) revelam que esse Programa contribuiu substancialmente para a redução da mortalidade infantil. Consideram que essa redução foi possível a partir de uma abordagem multissetorial que envolve: o Programa de transferência de renda com potencial para atuar em importantes determinantes sociais de saúde e os cuidados primários de saúde eficazes, com capacidade para atender às demandas de saúde desta população (RASELLA *et al.*, 2013).

Há evidências de que programas como esse impactam positivamente o estado nutricional e os resultados de saúde de crianças, mediante aumento da utilização de serviços preventivos, com promoção de comportamentos saudáveis (GAARDER,

GLASSMANB, TODD, 2010; PAES-SOUSA, SANTOS, MIAZAKI, 2011; RANGANATHAN, LAGARDE, 2012).

Outro achado da presente investigação aponta que para o desfecho pneumonia; as crianças que não utilizam serviços de APS apresentam maiores chances de serem internadas devido a esse diagnóstico, corroborando achados do estudo de Pina (2013).

6 Conclusão

A avaliação da assistência à saúde da criança no âmbito da ESF, no município de Juazeiro do Norte, evidenciou pouca presença e extensão dos atributos da APS, embora o município disponha de alta cobertura de ESF.

Foram perceptíveis os avanços nos atributos Coordenação (sistema de informação) e Integralidade (serviços prestados). Todavia, os atributos Acesso de Primeiro Contato (utilização) e Acesso de Primeiro Contato (acessibilidade), Logitudinalidade, Coordenação (integração de cuidados), Integralidade (serviços disponíveis), Orientação Familiar e Orientação Comunitária registraram baixos valores das médias dos escores, contribuindo para qualificar os *Escores* Essencial e Geral como insatisfatórios.

Nessa perspectiva, apesar de a ESF ser um cenário preferencial para as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos e de se constituir como porta de entrada para os serviços, esta investigação não alcançou uma assistência à criança com ênfase na integralidade do cuidado. Além disso, o modelo de assistência sem foco na família e sem participação da comunidade configura, ainda, a execução de práticas assistenciais tradicionais, voltadas para um modelo que pouco permite ampliar o olhar para quem se cuida.

Nessa avaliação, foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas, ao interpretar os resultados aqui encontrados. No período da coleta de dados, ocorreu o movimento grevista dos funcionários públicos da Saúde do município que durou cerca de cinco meses e comprometeu o funcionamento dos serviços de saúde. Esse fato, aliado a outros fatores, pode ter contribuído para os cuidadores avaliarem negativamente os serviços de saúde.

Além disso, o estudo restringiu-se à zona urbana (que em 2013 abrangia 88% do total de ESF do município), não contemplando o total de unidades de ESF do município que incluem também aquelas situadas na zona rural. Consideramos, portanto, importante a realização de estudos que complementem a avaliação dos programas e serviços de saúde do município, abrangendo a total extensão do mesmo e inserindo serviços disponibilizados, tanto na zona urbana quanto na zona rural.

Outra questão limitadora do estudo foi o alto percentual de cuidadores que mencionaram outros serviços da rede assistencial como referência para o cuidado da criança. Esse achado parece fragmentar ainda mais a assistência infantil e ter contribuído para que os atributos da APS fossem mal avaliados.

Nesse sentido, os resultados desta investigação, de caráter avaliativo da APS, devem ser discutidos com as instâncias de decisão, profissionais da rede de saúde e comunidade, visto que podem contribuir como ferramentas que orientem as políticas municipais voltadas à assistência da criança.

Entendemos que avaliar o cuidado integral à saúde da criança no âmbito da ESF é apontar caminhos capazes de fortalecer as práticas de saúde e qualificar, ainda mais, a atenção dispensada à criança e sua família.

7 Referências

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 14.724, de 17.03.2011**. Informação e documentação, trabalhos acadêmicos, apresentação. Válida a partir de 17.04.2011. Rio de Janeiro, 2011.

ALBUQUERQUE, H.C.; MENDES, E.V. Las redes de atención a la salud en Janauba, Minas Gerais, Brasil: el caso de la red Viva Vida. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**. v.1, n. 2, p. 1-6, 2009.

ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; LOCKS, M.T.R.; HOELLER, F.; ERDMANN, A.L. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p.620-627, 2013.

ARAUJO, J.P., VIERA, C.S.; TOSO, B.R.G.O.; COLLET, N.; NASSAR, P.O. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, 2014.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: Identificando dificuldades e perspectivas de transformações. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.3, p.549-57, 2012.

BERRA, S.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; RAJMIL, L.; PASARÍN, M.I.; BORRELL, C. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2607-2618, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Efetividade do Programa Saúde da Família: qual é o papel do PSF na redução da mortalidade infantil?** InfoDAB 2006; n. 33, ano VII. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Procuradoria Federal da República. Auditoria Extraordinária de Juazeiro do Norte. **Relatório de Atividades e Proposta de Atuação**. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do PSF em grandes centros urbanos: 10 estudos de caso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool PCATool* – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais**

dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde – Brasília: DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório situacional – Ceará**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2011.

BRAZ, J.C. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. 2012. 87 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

BRAZ, J.C. MELLO, D.F.; DAVID, Y.G.M.; TEIXEIRA, A.S.; PRADO, A.S.; FURTADO, M.C.C. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Brasil, v. 46, n. 4, p. 416-423, 2013. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/73521/77226>>. Acesso em: 18 apr. 2016.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008.

CANTILLANO, E.M.C. **Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária.** Medicina social, aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p.181-205.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública** [online]. v.28, n.7, pp. 1273-1284, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000700006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 29 de setembro de 2014.

CARETI, C.M.; FURTADO, M.C.C.; BARRETO, J.C.; VICENTE, J.B.; LIMA, P.R. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Rev. Rene**, v.17, n.1, p. 67-75, 2016.

CARNEIRO, M.S.M.; CARNEIRO, M.S.Melo.; MELO, D.M.S.; GOMES, J.M.; PINTO, F.J.M.; SILVA, M.G.C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, 2014. CASSADY, C.E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.P.; BERK, R.A.; NANDA, J.P.; FRIEDENBERG, L.A. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v.105, p. 998-1003, 2000.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.693-705, 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Microrregiões de Saúde: uma opção do Ceará.** Fortaleza, 2002.

CÉSAR, J.A.; CESAR, J.A.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D., DIAS-DA-COSTA, J.S.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 Sup 3, p. S427-S436, 2008.

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DO CEARÁ. **Relatório Anual para Informação ao Consumidor.** Juazeiro do Norte: CAGECE, 2016.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.

CONILL, E.M; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife , v. 10, supl. 1, p. s14-s27, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.705-712, 2006.

COOK NL, HICKS LS, O'MALEY AJ, KEEGAN T, GUADAGNOLI E, LANDON BE. Access to specialty care and medical services in community health centers. **Health Aff (Millwood)** 2007;26, n5, p.1459-68.

CORIOLOANO, M.W.L.; ALBUQUERQUE, G.A.; ARAUJO, N.S.; OLIVEIRA, M.A.; LIMA, M.M. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

CORRÊA, A.C.P.; FERREIRA, F.; CRUZ, G.S.P.; PEDROSA, I.C.F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.451-7, 2011.

COSTA, G.; COTTA, M.M.R.; REIS, J.R.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, R.S.; FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.7, pp. 3229-3240, 2011.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**. v.14, n.11, p.1864–1874, 2004.

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

DONABEDIAN A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN A. The quality of care – how come it be assessed? **J. Am. Med. Assoc**, v.260, n.12, p.1743-48, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov. 1990.

ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.150-160, 2009.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, dec. 2007.

FORREST, C.B. Pediatric Subspecialty Referral Completion. **The Journal of Pediatrics**, v.158, n.1, editorial, 2010.

FRANÇA, I.S.X.; SIMPLÍCIO, D.N.; ALVES, F.P.; BRITO, V.R.S. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p. 258-64, 2009.

FRANK, B.R.B.; VIERA, C.S.; ROSS, C.; OBREGÓN, P.L.; TOSO, B.R.G.O. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015.

FURTADO, M.C.C; BRAZ, J.C; PINA, J.C; MELO, D.F; LIMA, R.A.G .Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, Apr. 2013.

FURTADO, M.C.C. O enfermeiro e a assistência à criança menor de cinco anos de idade na Estratégia Saúde da Família: caminhos para a integralidade do cuidado. Tese (Livre Docência). 2014. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2014.

GAARDER, M.M.; GLASSMANB, A.; TODD, J.E. Conditional cash transfers and health: unpacking the causal chain. **J Develop Effect**, v.2, p. 6-15, 2010.

GERVAS, J.; FERNANDEZ, M.P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.9, n.1, p.147-149, Mar. 2006.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011 .

GOULART, F.A.A. **Experiências em Saúde da Família**: cada caso é um caso? Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.575-625, 2008.

GUIMARÃES, T.M.R.; ALVES, J.G.B.; TAVARES, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p. 868-76, 2009.

HAGGERTY, J.L.; PINEAULT, R.; BEAULIEU, M-D.; BRUNELLE, Y.; GAUTHIER, J.; GOULET, F.; RODRIGUE, J. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. **Ann Fam Med**, v.6, n.2, p. 116-123, 2008.

HAIR Jr., J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. Análise multivariada de dados. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARZHEIM, E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese]. Alicante (Espanha): Universidade de Alicante; 2004.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.8, p.1649-59, 2006.

HOCKENBERRY, M.J. **Wong Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2006.

IBAÑEZ, N.; Rocha, J.S.Y.; Castro, P.C.; Ribeiro, M.C.S.A.; Forster, A.C.; Novaes, M.H.D.; Viana, A.L.A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Cienc. Saúde Coletiva**. v.11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades 2015. Juazeiro do Norte**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230730>. Acesso: 22 de fevereiro de 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. IPECE, Perfil Básico Municipal 2009. Disponível em: www.ipece.ce.gov.br. Acesso em: 01 de outubro de 2013.

JUAZEIRO DO NORTE. Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte. **Dados do Município**. Disponível em: <http://www.juazeiro.ce.gov.br/>. Acesso em 01 de outubro de 2013.

JUAZEIRO DO NORTE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. 2011.

KURTH, E.; KRÄHENBÜHL, K.; EICHER, M.; RODMANN, S.; FÖLMLI, L.; CONZELMANN, C.; ZEMP, E. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. **BMC Health Services Research**. v.16, n.82, 2016.

LEÃO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, M.M.C de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 11, n. 3, 2011.

LEE, J. H.; CHOI, Y.J.; SUNG, N.J.; KIM, S.Y.; CHUNG, S.H.; KIM, J.; JEON, T.H.; PARK, H.K.; KOREAN, P.C.R.G. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **Int J Qual Health Care**, England, v. 21, n. 2, p. 103-11, 2009.

LINHARES, A.O.L.; GIGANTE, D.P.; BENDES, E. *et al.* Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Revista da AMRIGS**, v.56, n.3, p. 245-250, 2012.

LORD DAWSON OF PENN. **Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services**. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SA, P.K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 22, p. 167–177, 2007.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde)

MALLET, A.L.R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Rev. SOCERJ**, v.18, n.5, p.449-56, 2005.

MALTA, D.C. MALTA, D.C.; DUARTE, E.C.; ESCALANTE, J.J.C.; ALMEIDA, M.F.; SARDINHA, L.A.M.; VASCONCELOS, MACÁRIO, E.M.; MONTEIRO, R.A.; MORAIS NETO, O.L. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 481-491, 2010.

MATTIONI, F.C.; BUDO, M.L.D.; SCHIMITH, M.D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto contexto - enferm.** [serial on the Internet]. v.20, n.2, p. 263-271, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720110002 00007&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de abril de 2016.

MARQUES, A.S.; FREITAS, D.A.; LEÃO, C.D.A.; OLIVEIRA, S.K.M.; PEREIRA, M.M.; CALDEIRA, A.P. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 365-371, 2014.

MELLO, D.F de; LIMA, R.A.G de. Technical attainment, practical success and practical knowledge: hermeneutical bases for child nursing care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. vol.17, n.4, pp. 580-585, 2009.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERCADO, F; MERCADO, M; MYERS, N; HEWIT, M; HALLER, N.A. Patient Preferences in Choosing a Primary Care Physician. **Journal of Primary Care & Community Health**. [online]. v. 3: 125, janeiro 2012.

MESQUITA FILHO, M; LUZ, B.S.R; ARAUJO, C.S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, 2014.

MONTEIRO, F.N.; SOUSA, V.S. Considerações sobre o Impacto do Trabalho Informal na Previdência Social da cidade de Juazeiro do Norte. **Curso de Geografia da Universidade Regional do Cariri – URCA. Juazeiro do Norte, Ceará, 2011**. Disponível em: <<http://geocienciasurca.blogspot.com.br/2011/08/consideracoes-sobre-o-impacto-do.html>>. Acesso em: 23 de Outubro de 2015.

MORAES, J.C.; RIBEIRO, M.C.S.A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Rev Bras Epidemiol**, v.11(Supl 1), p.113-24, 2008.

MOREIRA, M.E.L.; GOLDANI, M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, n.2, pp. 321-327, 2010.

MOTA E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. **Rev Bras Epidemiol**, v.11 (Supl 1), p.125-8, 2008.

NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, O.S.; MORAES, T.N.P.; CENTA, M.L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 14, p. 497-506, 2009.

OLIVEIRA, V.B.C.A. **Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município Colombo - Paraná**. 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, V.B.C.A.; VERÍSSIMO, M.L.R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Brasil, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. 2005.

PAES-SOUSA R, SANTOS LM, MIAZAKI ÉS. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. **Bull World Health Organ**, v.89, p.496-503, 2011.

PAIM, J.S. Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, n. 377, v. 9779, p.1778-97, 2011.

PALOMBO, C.N.T.; DUARTE, L.S.; FUJIMORI, E. *et al.* Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.48, n.esp., p.60-7, 2014.

PASARÍN, M.I. An instrument to evaluate Primary Health Care from the population perspective. **Aten Primaria**, Spain, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEREIRA, M.J.B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C.M.; COUTINHO, S.S.; QUELUZ, M.C.; CAMPOS, L.V.O.; FERMINO, T.Z.; SANTOS, C.B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, 2011.

PINA, J.C. Abordagem hierarquizada para identificação de fatores associados à hospitalização por pneumonia, em menores de cinco anos de idade: estudo caso-controle. Tese (Doutorado). 2013. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2013.

PINA, J.C.; MELLO, D.F.; MISHIMA, S.M.; LUNARDELO, S.R. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009.

PIRES, V.M.M.M.; RODRIGUES, V.P.; NASCIMENTO, M.A.A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. **Rev. Enferm UERJ**, v. 18, n. 4, p. 622-627, 2010.

PLETCHER, B.A.; RIMSZA, M.E.; CULL, W.L.; SHIPMAN, S.A.; SHUGERMAN, R.P.; O'CONNOR, K.G. Primary Care Pediatricians' Satisfaction with Subspecialty Care, Perceived Supply, and Barriers to Care. **J Pediatr**, v.156, n.6, p.1011-1016, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorrel. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RAMIREZ-TIRADO, L.A.; TIRADO-GOMEZ, L.L.; LÓPEZ-CERVANTES, M.L. Desigualdad en intervenciones de atención primaria para el cuidado de la salud materno-infantil en México. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n.4, p.235-241, 2014.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G.; SALDIVA, S.R.D.M.; PEREIRA, L.M.R.; ALBERTO, N.S.M.C.; TELES, J.B.M. *et al.* Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina - Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.2, p. 115-124, jun. 2010.

RANGANATHAN, M; LAGARDE, M. Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: a review of the impact of conditional cash transfer programmes. **Prev Med**, v.55, supl, p.S95-S105, 2012.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, v.10, n. 380, 2010.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C.A.T.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a Nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v. 382, p. 57-64, 2013.

Rede Nacional Primeira Infância. **Plano Nacional Primeira Infância**. 2010. [internet]. [acesso em 2015 Fev 10]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e o Sistema de Saúde no Brasil**. Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RIBEIRO, J.M.; SIQUEIRA, S.A.V.; PINTO, L.F.S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência Saude Colet.**, v.15, n.2, p.517-27, 2010.

RIBEIRO, S.C.S.; OLIVEIRA, J.B. O papel da gestão municipal no fortalecimento da participação popular e do controle social no SUS: a experiência do município de Vitória da Conquista/BA, Brasil. **Divulg. Saúde Debate**, v. 46, p. 77-86, 2010.

RIBEIRO, L.C.C.; ROCHA, R.L.; RAMOS-JORGE, M.L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, 2010.

RIVAS, F.J.P.; GARCIA, J.M.S.; ARENAS, C.M.; LAGOS, B.; LÓPEZ, G. Implementation and Evaluation of the Nursing Process in Primary Health Care. **Int Jnl Nurs Knowledge**, 23: 18–28; 2012.

ROCHA, P.M.; UCHOA, A.C.; ROCHA, N.S.P.D.; SOUZA, E.C.F.; ROCHA, M.L.; PINHEIRO, T.X.A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.69-78, 2008.

RODRIGUES, L.B.B.; SILVA, P.C.S.; PERUHYPE, R.C.; PALHA, P.F.; POPOLIN, M.P.; CRISPIM, J.A.; PINTO, I.C.; MONROE, A.A.; ARCÊNCIO, R.A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 343-352, 2014.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência Saude Colet.**, v.11, n.3, p. 713-24, 2006.

SAMPAIO, L.F.R. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. **Cad Saude Public.** v.24, n.1, p.19-21, 2008.

SHI, L.; STARFIEL, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract** v. 50, p.161-75, 2001.

SILVA, A.C.M.A et al . Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral

da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev., p. 349-358, 2009.

SILVA, L.A.A.; FERRAZ, F.; LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; SCHMIDT, S.M.S. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.3, p.557-561, 2010.

SILVA, M.M.; BUDÓ, M.L.D.; RESTA, D.G.; SILVA, S.O.; EBLING, S.B.D.; CARVALHO, S.O.R.M. Integralidade na Saúde da Família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. **Cienc. Cuid Saúde**, v.12, n.1, p.155-163, 2013.

SILVA, S.A.; BAITILO, T.C.; FRACOLLI, L.A. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p.979-987, 2015.

SILVA, S.A. da; FRACOLLI, L.A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.1, p.54-61, 2016.

SOUSA, F.G.M.; EDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto contexto - enferm.** [serial on the Internet]. 20(spe): 263-271, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500033>. Acesso em, 12 de março de 2016.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, v.61, n.2, p.153-8, 2008.

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

TANAKA, O.Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.4, 2011.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, Apr. 2012.

VAN STRALEN, C.J.; BELISARIO, A.S.; VAN STRALEN, T.B.S.; LIMA, A.M.D.; MASSOTE, A.W.; OLIVEIRA, C.L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. 24 (Supl.1): 148-58, 2008.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n.9780, p.1863-76, 2011.

WANG, H.H.; WONG, S.Y.; WONG, M.C.; WANG, J.J.; WEI, X.L.; LI, D.K.; TANG, J.L.; GRIFFITHS, S.M. Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. **QJM**, v. 108, n. 7, p. 549-560, 2015.

WILSON, C.; HOGG, R.; HENDERSON, M. WILSON, P. Patterns of primary care service use by families with young children. **Fam Pract**, v.30, n.6, p. 679-694, 2013.

WONG, S.Y.; KUNG, K.; GRIFFITHS, S.M.; CARTHY, T.; WONG, M.C.; LO, S.V.; CHUNG, V.C.; GOGGINS, W.B.; STARFIELD, B. Comparison Of Primary Care Experiences Among Adults in General Outpatient Clinics and Private General Practice Clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**. 10:397, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva: World Health Organization, 1978.

ZICKAFOOSE, J.S.; DECAMP, L.R. PROSSER, L.A. Association between Enhanced Access Services in Pediatric Primary Care and Utilization of Emergency Departments: A National Parent Survey. **J. of Pediatrics**, v.163, n.5, p. 1389-1395, 2013.

ZUCKERMAN, K.E.; NELSON, K.; BRYANT, T.K.; HOBRECKER, K.; PERRIN, J.M.; DONELAN, K. Specialty Referral Communication and Completion in the Community Health Center Setting. **Academic Pediatrics**, v.11, n.4, p.288-296, 2011.

ZUCKERMAN, K.E.; PERRIN, J.M.; HOBRECKER, K.; DONELAN, K. Barriers to Specialty Care and Specialty Referral Completion in the Community Health Center Setting. **J. Pediatr**, v.162, n.2, p.409-414, 2013.

Apêndices

Apêndice 1

Caracterização da criança e da família

C: _____

Data da coleta dos dados: ____/____/____

Entrevistado: () mãe () cuidador --- Se cuidador: () F () M

1	Idade (anos):
2	Escolaridade (anos de estudo):
3	Profissão/Ocupação:
4	Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) divorciado (4) união estável
5	A mãe da criança atualmente vive com companheiro: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR

Dados da família:

6	Moradia: (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Invasa
7	Tipo de casa: (1) tijolo (2) Taipa revestida (3) Taipa não revestida (4) Madeira (5) Material aproveitado (6) Outros
8	Abastecimento de água: (1) Rede pública (2) Poço ou nascente (3) Outros
9	Tratamento de água no domicílio: (1) Filtração (2) Fervura (3) Cloração (4) Sem tratamento
10	Destino de fezes e urina: (1) Sistema de esgoto (2) Fossa (3) Céu aberto
11	Destino do lixo: (1) Coleta pública (2) Queimado/enterrado (3) Céu aberto
12	Energia elétrica: (1) Não. (2) Sim. 12.1 Se sim: () regularizada () adaptada
13	Renda familiar (em salários mínimos): R\$ _____ (3) NS/NR
14	Nº de pessoas que trabalham: _____ (3) NS/NR
15	Nº de cômodos no domicílio, contando com o banheiro: _____
16	Nº de cômodos usado como quarto: _____
17	Nº de pessoas que dividem o quarto com a criança: _____
18	Nº de pessoas que dividem a cama com a criança: _____
19	Nº de adultos no domicílio: _____ (3) NS/NR
20	Nº de crianças no domicílio: _____ (3) NS/NR
21	A criança recebe auxílio: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR Se sim, qual: 21.1 () Bolsa Família 21.2 valor recebido: R\$ _____ 21.3 () Outro: _____ 21.4 valor recebido: R\$ _____ ATENÇÃO: Não contabilizar este valor na renda familiar (valor em separado)
22	Outra(s) criança(s) no domicílio recebe(m) auxílio: () Não () Sim Se sim, qual: 22.1 () Bolsa Família 22.2 valor recebido: R\$ _____ 22.3 () Outro: _____ 22.4 valor recebido: R\$ _____ ATENÇÃO: Não contabilizar este valor na renda familiar (valor em separado)

Dados da criança:

23	Data de nascimento: ____/____/____	Sexo: (1) F (2) M
24	Tipo de parto: (1) normal (2) cesáreo (3) fórceps (4) NS/NR	
25	Paridade: G____ P____ A____	
26	Tempo de gestação: _____ semanas	
27	Tempo da gestação: (1) < 37 semanas IG (2) 37-40 semanas IG (3) >40 semanas IG (4) NS/NR	
28	A mãe desta criança fez pré-natal: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR 28.1 Número de consultas: _____ 28.2 (4) NS/NR	
29	Peso ao nascimento: _____ gramas	(3) NS/NR
30	Estatura ao nascimento: _____ gramas	(3) NS/NR
31	A criança mama no peito: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR ATENÇÃO: Se respondeu <u>sim</u> para a questão 31, ir para a questão 34. Se respondeu <u>não</u> para a questão 31, ir para a questão 32.	
32	A criança mamou no peito: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR ATENÇÃO: Se respondeu <u>não</u> para a questão 32, ir para a questão 34.	
33	Até que idade a criança mamou no peito: _____ meses e ____ dias	(3) NS/NR
34	Tipo de alimentação da criança atual (considerar as últimas 24 horas): (1) AMELD (2) Aleitamento Misto (3) NS/NR (4) Mamadeira 34.1 (tipo de leite: _____) 34.2 (1) Água (2) chá (3) suco (4) papas cereais/legumes (5) papa frutas 34.3 (1) Alimentação da família 34.4 Idade de introdução da alimentação sólida: _____ (meses) (3) NS/NR	
35	Peso atual da criança: _____ gramas	(3) NS/NR
36	Estatura atual da criança: _____ gramas	(3) NS/NR
37	A criança já teve algum episódio de diarreia, desde o nascimento: (1) Não (2) Sim 37.1 nº de episódios: _____ (3) NS/NR	
38	Outra criança no domicílio já teve diarreia: (1) Não (2) Sim 38.1 nº de episódios: _____ (3) NS/NR	
39	A criança já teve algum episódio de pneumonia, desde o nascimento: (1) Não (2) Sim 39.1 nº de episódios: _____ (3) NS/NR	
40	Outra criança no domicílio já teve pneumonia: (1) Não (2) Sim 40.1 nº de episódios: _____ (3) NS/NR	
41	Qual foi a ordem de nascimento desta criança em relação a seus irmãos: (anotar se a criança foi o 1º filho, 2º filho, etc. Preencher 01 para 1º filho, 02 para 2º filho, etc) _____ (3) NS/NR	

42	Algum irmão dessa criança morreu com menos de cinco anos de idade: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR (4) Não tem irmãos ATENÇÃO: Se respondeu <u>não</u> para a questão 42, ir para a questão 44.
43	Quantos irmãos desta criança morreram com menos de cinco anos de idade: _____ (3) NS/NR (4) Não tem irmãos
44	A criança frequenta creche ou escola: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR ATENÇÃO: Se respondeu <u>sim</u> para a questão 44, ir para a questão 45. Se respondeu <u>não</u> para a questão 44, ir para a questão 46.
45	45.1 Creche: (1) pública (2) privada 45.2 Escola: (1) pública (2) privada
46	O(a) Sr(a) está com a carteira de vacinação da criança: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR ATENÇÃO: Se respondeu <u>não</u> para a questão 46, ir para questão 47. Se respondeu <u>sim</u> para a questão 46, ir para a questão 48.
47	A situação vacinal da criança está: (1) atualizada (2) desatualizada (3) NS/NR
48	Doses registradas na carteira de vacinação: Anotar a <u>quantidade de doses</u> das vacinas que estão registradas na carteira de vacinação. As vacinas <u>não elencadas</u> devem ser <u>registradas nas linhas em branco</u>: BCG () Hepatite B () Poliomielite (Salk) () Poliomielite (Sabin) () Poliomielite (Sabin) campanha () Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) () Rotavírus () Meningo C () Pneumo 10 Valente () Febre Amarela () Tríplice Viral (SCR) () Tetraviral (SCR+V) () Tríplice Viral (SCR) campanha () DTP () () () () ()
49	A criança tem algum problema de saúde: (1) Não (2) Sim 49.1 Qual: _____ (3) NS/NR

50	A criança já foi hospitalizada: (1) Não (2) Sim (3) NS/NR ATENÇÃO: Se respondeu <u>sim</u> para a questão 50, ir para as questões 51 e 52. Se respondeu <u>não</u> para a questão 50, <u>finalizar o questionário</u>.
51	51.1 Quantas vezes foi hospitalizada: _____ vezes (3) NS/NR 51.2 Causas da hospitalização: _____ (3) NS/NR
52	Qual foi a data da última hospitalização: ____/____/____ (3) NS/NR

ATENÇÃO, ao finalizar o questionário, agradecer a participação do entrevistado.

Apêndice 2

1/2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Mães ou Cuidadores

C: _____

Prezado familiar (nome do familiar)

Meu nome é _____. Estou fazendo coleta dos dados para a pesquisa da enfermeira Janaina Carvalho Braz. Ela é aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e realiza estudo sobre o cuidado ofertado às crianças menores de um ano, na rede pública do município de Juazeiro do Norte, BA. O objetivo da pesquisa é avaliar a atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família. Entende-se que esta pesquisa pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado às crianças no município.

Eu não tenho vínculo com essa unidade de saúde e as respostas individuais dos participantes não serão apresentadas para o serviço. Apenas terão acesso a essas respostas, eu e a pesquisadora Janaina. Garantimos a você que seu nome não será identificado em hipótese alguma, que sua participação envolve riscos mínimos relacionados à eventual desconforto emocional ao responder as perguntas e, caso isso ocorra, fique à vontade para interromper suas respostas. Você poderá procurar a enfermeira Janaina para conversar sobre seu desconforto. Os benefícios de sua participação estão relacionados aos resultados fornecerem caminhos para melhorias na atenção à criança.

A sua participação será por meio do preenchimento de dois questionários, com duração aproximada de 30 minutos, realizado no domicílio, com data e horário previamente agendados.

Ressaltamos que se você concordar ou não em participar da pesquisa não irá prejudicar seu atendimento ou se seu filho no serviço de saúde e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos em dinheiro ou receberá algum valor em dinheiro para participar da pesquisa. Entretanto, fica assegurado seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa.

Uma via desse Termo, assinada pelo pesquisador, ficará com você e os resultados da pesquisa serão publicados por meio de artigos científicos. Se necessário, você pode entrar em contato.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa, após anuência da Secretaria Municipal de Juazeiro do Norte.

Eu li e discuti com o responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Termo.

Nome do Entrevistado

Assinatura do Entrevistado

Data

Janaína Carvalho Braz
Enfermeira. COREN – BA nº 125331
Pesquisadora principal
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Av. Bandeirantes, 3.900, Bloco dos Laboratórios, sala
21. Telefone (0XX16) 33150542. E-mail: janacbraz@usp.br.
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3.900 – telefone: (0XX16) 3315 9197
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 17:00h

Apêndice 3
TERMO DE ASSENTIMENTO
Mães ou Cuidadores menores de 18 anos

C: _____

Prezado familiar (nome do familiar)

Meu nome é _____. Estou fazendo coleta dos dados para a pesquisa da enfermeira Janaina Carvalho Braz. Ela é aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e realiza estudo sobre o cuidado ofertado às crianças menores de um ano, na rede pública do município de Juazeiro do Norte, BA. O objetivo da pesquisa é avaliar a atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família. Entende-se que esta pesquisa pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado às crianças no município.

Eu não tenho vínculo com essa unidade de saúde e as respostas individuais dos participantes não serão apresentadas para o serviço. Apenas terão acesso a essas respostas, eu e a pesquisadora Janaina. Garantimos a você que seu nome não será identificado em hipótese alguma, que sua participação envolve riscos mínimos relacionados à eventual desconforto emocional ao responder as perguntas e, caso isso ocorra, fique à vontade para interromper suas respostas. Você poderá procurar a enfermeira Janaina para conversar sobre seu desconforto. Os benefícios de sua participação estão relacionados aos resultados fornecerem caminhos para melhorias na atenção à criança.

A participação do cuidador da criança será por meio do preenchimento de dois questionários, com duração aproximada de 30 minutos, realizado no domicílio, com data e horário previamente agendados.

Ressaltamos que se você concordar ou não em participar da pesquisa não irá prejudicar seu atendimento ou se seu filho no serviço de saúde e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos em dinheiro ou receberá algum valor em dinheiro para participar da pesquisa. Entretanto, fica assegurado seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, conforme Item IV.3-h da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Uma via desse Termo, assinada pelo pesquisador, ficará com você e os resultados da pesquisa serão publicados por meio de artigos científicos. Se necessário, você pode entrar em contato.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa, após anuência da Secretaria Municipal de Juazeiro do Norte.

Eu li e discuti com o responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO e eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Termo.

Nome (Mãe Menor de 18
anos)

Assinatura (Mãe menor de 18 anos)

Data

Janaína Carvalho Braz
Enfermeira. COREN – BA nº 125331
Pesquisadora principal

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Av. Bandeirantes, 3.900, Bloco dos Laboratórios, sala
21. Telefone (0XX16) 3315 0542. E-mail: janacbraz@usp.br.
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3.900 – telefone: (0XX16) 33159197
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 17:00h

Anexo 1

Instrumento de avaliação da atenção primária PCATool – Brasil versão Criança

A – Grau de afiliação

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

☐ Não

☐ Sim (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que **conhece melhor** o/a _____ (nome da criança) como pessoa?

☐ Não

☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é **mais responsável** pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)?

☐ Não

☐ Sim, mesmo que A1 e A2 acima

☐ Sim, mesmo que A1 somente

☐ Sim, mesmo que A2 somente

☐ Sim, diferente de A1 e A2 (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

- Se o entrevistado indicou o MESMO serviço de saúde nas 3 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu 2 PERGUNTAS IGUAIS continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

- Se TODAS AS RESPOSTAS forem DIFERENTES, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA PERGUNTA A1. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a 2 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA PERGUNTA que respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a pergunta A1 e indicar RESPOSTAS DIFERENTES para A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA RESPOSTA A3. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO A TODAS 3 PERGUNTAS, por favor, PERGUNTE O NOME DO ÚLTIMO médico/enfermeiro/serviço de saúde ONDE A CRIANÇA CONSULTOU e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha os itens A4 e A5).

A4 – Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS seguintes serão sobre o(a):

A5 - _____
(Nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde). (VÁ PARA A **SEÇÃO B**)

B – Acesso de primeiro contato - utilização

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de rotina, você vai ao _____ antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao _____ antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o _____ tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

C – Acesso de primeiro contato - acessibilidade

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1 – Quando o _____ está aberto e sua criança fica doente, alguém desse serviço de saúde a atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no _____?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – É fácil marcar uma consulta de rotina no _____?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando você chega no _____, você tem que esperar mais que 30 minutos para que sua criança consulte com o médico ou enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no _____ quando você acha necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Quando o _____ está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D – Longitudinalidade

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente , sim	Provavelmente , não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1 – Quando você vai ao _____ é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – Você acha que o médico ou enfermeiro da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D4 – O médico ou enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D5 – O médico ou enfermeiro te dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D6 – Você se sente a vontade contando suas preocupações ou problemas sobre sua criança ao médico ou enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D7 – O médico ou enfermeiro conhece sua criança mais como pessoa ou somente alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D8 – O médico ou enfermeiro conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D9 – O médico ou enfermeiro sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 – O médico ou enfermeiro se reuniria com sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 – Você mudaria do _____ para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	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 no _____?

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
E2 – O _____(NSF ou médico) sugeriu/indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – O médico ou enfermeiro da sua criança sabe que ela fez essa consulta com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – O médico ou enfermeiro ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu médico ou enfermeiro conversou com você sobre o que acontece durante essa consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – O seu médico ou enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

F – Coordenação – sistema de informações

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1 – Quando você leva sua criança no _____, você leva algum dos registros de saúde ou boletim de atendimento que sua criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender: “registro” – ficha de atendimento de emergência, carteira da vacinação)	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Quando você leva sua criança no _____, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Você poderia ler (consultar o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no _____ (serviço de saúde)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G – Integralidade – serviços disponíveis

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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

Indique, por favor, se no ____ (serviço de saúde) esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(REPETIR A CADA 3-4 ITENS: Está disponível no ____ serviço de saúde)

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

H – Integralidade – serviços prestados

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde de sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu médico ou enfermeiro, alguns desses assuntos foram conversados com você.

Em consultas ao _____ (serviço de saúde/médico/enfermeiro), algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (REPETIR ESSA FRASE A CADA 3-4 ITENS)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
H1 – Orientação para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	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,....	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H4 – Maneiras de lidar com o comportamento de sua criança	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos ou quedas de altura ou manter afastadas do fogão	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

I – Orientação familiar

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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

J – Orientação comunitária

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J1 – Alguém do _____ (serviço de saúde) faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J2 – O _____ (serviço saúde/médico/enfermeiro) conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

A seguir, serão listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde.**O _____ (serviço de saúde/médico/enfermeiro) realiza algumas dessas?**

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

Anexo 2

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 105/2014

Ribeirão Preto, 2 de junho de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 2 de junho de 2014.

Protocolo CAAE: 27285914.1.0000.5393

Projeto: Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família, em um município do estado do Ceará.

Pesquisadores: Maria Cândida de Carvalho Furtado
Janaína Carvalho Braz

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP