

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA CRIANÇA, NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

IRACI LUKENCZUK SAID

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profª Drª Ruth Terezinha Kehrig
Co-orientadora: Profª Drª Ligia Regina de Oliveira

Cuiabá/MT

Abril, 2017

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA, NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

IRACI LUKENCZUK SAID

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva/UFMT como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Ruth Terezinha Kehrig
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ligia Regina de Oliveira

Cuiabá/MT

Abril, 2017

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

SAID, Iraci Lukenczuk.

Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde da criança, na perspectiva do usuário. Iraci Lukenczuk Said. Cuiabá, 2017. 110p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ruth Terezinha Kehrig.
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Regina de Oliveira.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

1. Saúde da Criança; 2. Atenção Primária à Saúde; 3. Avaliação em Saúde; 4. Qualidade de Cuidados em Saúde; 5. Pesquisas em Serviços de Saúde. I.
Título



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**TERMO DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO
PELO ORIENTADOR**

Eu, Professora Doutora Ruth Terezinha Kehrig, pelo presente termo declaro ter feito a devida revisão da Dissertação intitulada “Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde da criança, na perspectiva do usuário” de autoria da Mestranda IRACI LUKENCZUK SAID, da qual fui orientadora e certifiquei de que todas as orientações, sugestões e necessidades de correções feitas pela Banca Examinadora da Defesa foram acatadas e cumpridas. Sendo assim, o texto está pronto para ser entregue à Coordenação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ISC/UFMT na forma de arquivo eletrônico em PDF.

Portanto, autorizo a entrega dos CDs com o arquivo eletrônico da mesma.

Cuiabá, 27/06/2017.

Profª Drª. Ruth Terezinha Kehrig

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e pela força que me conduz.

À minha família, que me incentivou com palavras de coragem para que eu alcançasse meus objetivos.

Aos Professores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso que colaboraram para mais esta caminhada.

À orientadora Prof^a Dr^a Ruth Terezinha Kehrig e à co-orientadora Prof^a Dr^a Ligia Regina de Oliveira, pela oportunidade, orientação e pelo exemplo de pessoas íntegras e dedicadas, capazes de passarem tantos conhecimentos de forma simples e inteligível.

Ao Prof. Dr. João Henrique G. Scatena pela colaboração e disposição em sanar as dúvidas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá que autorizou a realização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso e à Diretoria do Hemocentro/MT pela liberação das minhas atividades para que eu pudesse realizar o Mestrado.

Aos profissionais de saúde do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cuiabá que me receberam e colaboraram para a realização da pesquisa.

Aos meus colegas de Mestrado pela feliz convivência.

E a todas as pessoas e profissionais que colaboraram direta e indiretamente para a realização deste trabalho.

“Se a gente quiser modificar alguma coisa, é pelas crianças que devemos começar. Devemos respeitar e educar nossas crianças para que o futuro das nações e do planeta seja digno.”

Ayrton Senna

SIGLAS UTILIZADAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ-PCP-ADH	Questionnaire for Primary Care Providers
BSP	Benefício para Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES/MED	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Medicina
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSC	Caderneta da Saúde da Criança
DAB/SAS	Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eSB	equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPAQ	General Practice Assessment Questionnaire
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à APS
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IRA	Infecção Respiratória Aguda
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACOTAPS	Aplicativo para Atenção Primária em Saúde (Primary Health Care Software)
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PCATool	Primary Care Assesment Tool
PCET	Primary Care Evaluation Tool
PCP	Primary Care Providers
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
QualiAB	Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços da Atenção Básica
QualiAids	Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Aids
QualiTB	Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de tuberculose
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População infantil (0 a 5 anos) atendida nas unidades urbanas da ESF. Cuiabá, 2015	42
Tabela 2. Tamanhos amostrais por faixas etárias e regiões. ESF. Cuiabá, 2015.....	43
Tabela 3. Distribuição da amostra por unidade de ESF de acordo com as faixas etárias e número de crianças. Cuiabá, 2015	44
Tabela 4. Características sociodemográficas de cuidadores das crianças usuárias da ESF. Cuiabá, 2016	49
Tabela 5. Características sociodemográficas das crianças usuárias da ESF. Cuiabá, 2016 ..	50
Tabela 6. Escore Essencial e Geral da APS. Cuiabá-MT, 2016	53
Tabela 7. Escores Essencial e Geral, segundo faixa etária. Cuiabá-MT, 2016	57
Tabela 8. Escore Essencial e Escore Geral, segundo as Regionais de Saúde. Cuiabá-MT, 2016	60
Tabela 9. Escore Essencial e Geral por Faixa Etária. Regional Leste, Cuiabá-MT, 2016 ...	63
Tabela 10. Escore Essencial e Geral por faixa etária. Regional Sul, Cuiabá-MT, 2016	66
Tabela 11. Escore Essencial e Geral por faixa etária. Regional Norte, Cuiabá-MT, 2016 ..	70
Tabela 12. Escores Essencial e Geral por faixa etária. Regional Oeste. Cuiabá-MT, 2016..	73
Tabela 13. Escores dos atributos e Escores Essencial e Geral da APS de Cuiabá e Regionais 2016	74
Tabela 14. População atendida no Programa Estratégia Saúde da Família – Distribuição por regionais e idade (<2 anos e 2 a <5 anos) Cuiabá-MT	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde	22
Quadro 2. Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil: principais eixos. Brasil, 2004	25
Quadro 3. Literatura encontrada referente aos PCATool versão criança, na Atenção Primária à Saúde. Brasil, 2006-2015	34
Quadro 4. Referencial Teórico - Metodológico do PCATool.....	37
Quadro 5. Componentes e número de indicadores do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. PCATool. Brasil Versão Criança, 2010	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Município de Cuiabá e Regionais Administrativas.....	41
Figura 2. Escores dos atributos na APS. Cuiabá, 2016.....	51
Figura 3. Escores dos atributos por faixa etária. Cuiabá-MT, 2016.....	55
Figura 4. Escores dos atributos, segundo as Regionais de Saúde. Cuiabá-MT, 2016.....	59
Figura 5. Escores dos atributos por faixa etária – Regional Leste.....	61
Figura 6. Escores dos Atributos por faixa etária. Regional Sul, Cuiabá, 2016.....	64
Figura 7. Escores dos Atributos por Faixa Etária – Regional Norte.....	67
Figura 8. Escores dos Atributos por Faixa Etária – Regional Oeste.....	71

RESUMO

SAID IL. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde da Criança na perspectiva do usuário. [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, 2017.

Essa pesquisa objetivou avaliar a qualidade do atendimento infantil na Atenção Primária à Saúde em Cuiabá-MT, na perspectiva do usuário. A faixa etária escolhida foi a de menores de cinco anos de idade devido à importância desse período na infância e no desenvolvimento da criança. Os critérios de avaliação basearam-se nos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, conforme Starfield: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, orientação familiar e comunitária. Fez-se uma pesquisa avaliativa, quantitativa, de delineamento transversal, utilizando o Instrumento PCATool-Versão Criança validado para o Brasil no ano de 2006. A amostra foi de 385 crianças e a coleta foi realizada de julho a outubro de 2016 em 67 unidades de Saúde da Família. Foram observados bons escores geral e essencial para o município de Cuiabá, porém alguns atributos resultaram insatisfatórios. Os atributos melhor avaliados foram o acesso, quanto à utilização dos serviços; a coordenação, quanto ao sistema de informações e a integralidade, quanto aos serviços prestados. Os atributos que obtiveram pior avaliação foram o acesso quanto à acessibilidade e a integralidade em termos de serviços disponíveis. Observou-se que a avaliação da atenção básica foi melhor para o grupo etário menor de dois anos, tendo apresentado escores superiores em quatro atributos em relação à faixa etária de 2 a 5 anos. Conclui-se que há vários desafios a serem vencidos no cuidado à saúde da criança, como condições precárias da estrutura, dificuldade no acesso, fragmentação do cuidado e desigualdades nas regionais.

Descritores: Saúde da Criança, Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Qualidade de Cuidados em Saúde, Pesquisas em Serviços de Saúde.

ABSTRACT

SAID IL. Assessment of the quality of Child Health in Primary Health Care from the user's perspective. [Master Dissertation]. Cuiabá: Institute of Collective Health of UFMT, 2016.

This research aimed at assessing the quality of child health in Primary Health Care in Cuiabá-MT, from the user's perspective. The age group chosen was that of children under five years due to the importance of this period in childhood and child development. The evaluation criteria were based on the essential and derived attributes of Primary Health Care, according to Starfield: access to the first contact, longitudinality, integrality and coordination, family and community guidance. An evaluative, quantitative, cross-sectional research was carried out, using the PCATool instrument, children's version validated for Brazil in 2006. The sample consisted of 385 children, collected from July to October 2016 in 67 Family Health units. Good general and essential scores for the municipality of Cuiabá were observed, but some attributes were unsatisfactory. The best evaluated attributes for Cuiabá were the access, in relation to the use of the services; the coordination regarding the information system and integrality in relation to care delivered. The attributes with the worst evaluation were the access in relation to accessibility and the integrality in terms of available services. It was observed that the evaluation of primary care was better for the age group under two years, and presented higher scores in four attributes in relation to the age group of 2 to 5 years. It is concluded that there are several challenges to overcome in the health care of the child, such as precarious conditions of the structure, difficulty in access, fragmented care, inequalities in the regional.

Keywords: Child Health, Primary Health Care, Health Assessment, Health Care Quality, Health Services Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
3.2 SAÚDE DA CRIANÇA	24
3.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	28
3.3.1 Instrumentos de avaliação de serviços da APS.....	32
4 MÉTODOS	35
4.1 QUADRO TEÓRICO METODOLÓGICO	35
4.2 TIPO DE ESTUDO	40
4.3 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	40
4.3.1 Amostra.....	42
4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	45
4.4.1 Instrumentos.....	45
4.4.2 Coleta de dados	46
4.5 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	47
4.6 QUESTÕES ÉTICAS	48
5 RESULTADOS	49
5.1 Resultados dos atributos das Regionais de Saúde de Cuiabá	73
6 DISCUSSÃO	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES	95
APÊNDICE 1. Identificação dos Sujeitos da Pesquisa.....	95
ANEXOS	96
ANEXO 1 – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - usuários.....	96
ANEXO 2 – Questionário PCATool Brasil, Versão Criança	98
ANEXO 3 - Tabela 14. População atendida no Programa Estratégia Saúde da Família – Distribuição por regionais e idade (<2 anos e 2 a <5 anos) Cuiabá-MT.	109
ANEXO 4 - Parecer consubstanciado do CEP	110

1 INTRODUÇÃO

O tema avaliação dos serviços de saúde trata da qualidade das intervenções realizadas na prestação de serviços em resposta às necessidades e demandas de saúde da população.

Sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante considerar a qualidade destes serviços. Pesquisas mostram que a avaliação da qualidade em saúde pode ajudar a melhorar o padrão de atendimento, tanto na prevenção quanto na cura das doenças; também pode evidenciar áreas com maiores problemas e contribuir para priorizar recursos financeiros. Através da pesquisa dos serviços de saúde são estudadas as relações entre necessidade, demanda, oferta, utilização e resultados dos serviços de saúde..

O objeto deste estudo foi a avaliação dos serviços de APS voltados à criança, tendo em vista que a infância é uma importante fase de mudanças no indivíduo decorrentes do desenvolvimento e crescimento e que terão grande influência na vida adulta.

A estruturação e a manutenção de um sistema de avaliação da qualidade no atendimento à saúde infantil contribuem para o planejamento, a organização de políticas públicas e melhor dotação orçamentária; também possibilitam verificar se os objetivos propostos estão sendo atingidos. Através da avaliação da qualidade do atendimento infantil na APS, tem-se a perspectiva de melhorias, favorecendo o alcance dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade que norteiam o SUS.

A devolutiva dos resultados do processo avaliativo é um poderoso instrumento de democratização e de empoderamento do cidadão, assim como da melhoria da atenção prestada pelos profissionais de saúde.

Diversos autores têm avaliado a APS conforme os atributos propostos por STARFIELD (1992), que são: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária sendo a busca pelo bom desempenho dos atributos um processo gradativo. Neste estudo realizado em Cuiabá, utilizou-se como instrumento avaliador dos atributos a mesma ferramenta validada no Brasil. A finalidade desta pesquisa foi caracterizar a qualidade do atendimento infantil para a faixa etária menor que cinco anos nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A intenção da pesquisa partiu de observações da autora na sua prática profissional de médica pediatra junto à APS: mães que aguardam impacientes por atendimento rápido e

eficaz; demora para realizar exames de alta complexidade; dificuldades para se obter consultas especializadas; busca do nível terciário em detrimento do primário, entre outras. O atendimento adequado na APS permite prevenir ou detectar doenças na fase inicial, correlacionar surtos na comunidade, evitar complicações, encaminhamentos desnecessários e diminuir hospitalizações.

Frente a esta problemática, o estudo buscou responder a seguinte questão: qual a qualidade do atendimento prestado à saúde da criança na ESF?

Teve-se por hipótese conceitual, tomando por base a literatura revisada, que a qualidade da atenção à saúde infantil na APS é avaliada como satisfatória, na perspectiva do usuário, se os atributos essenciais e derivados, propostos por STARFIELD (1992), são bem atendidos.

Justifica-se avaliar a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, pois desta forma apresentam-se os pontos críticos do sistema para que gestores e profissionais possam melhorar os serviços prestados no SUS.

A relevância acadêmica do estudo coloca-se pela importância da prevenção e promoção da saúde na população infantil, visando uma concepção de qualidade da APS que busca a atenção integrada do crescimento e desenvolvimento saudável e não somente o combate às doenças. Na perspectiva de políticas públicas que considerem a qualidade de vida e os direitos do cidadão, investir na criança significa proporcionar cidadania. Através da avaliação dos serviços, observam-se as áreas deficitárias e propostas que podem ser apresentadas aos gestores, políticos e representantes institucionais, visando a melhoria do financiamento da saúde pública, de investimentos na capacitação dos profissionais, educação comunitária e outras.

Com base nesse referencial, foi utilizado o PCATool, instrumento de avaliação da qualidade da APS, criado nos Estados Unidos e validado no Brasil no ano de 2006 para a Versão Criança. Há ainda outras duas versões para avaliar a APS: a versão “profissionais” e a versão “adultos”.

Enquanto profissional de saúde, vislumbrei a possibilidade, com a utilização deste instrumento, de melhor conhecer a realidade enfrentada pelo cuidador na rotina da busca pelo atendimento da saúde da criança. Este instrumento permite conhecer, de forma aprofundada, através da análise dos atributos, a estrutura dos serviços e a relação do cuidador com os profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da atenção às crianças menores de cinco anos de idade, em unidades de saúde da família do município de Cuiabá-MT em 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a adequação dos serviços de ESF aos atributos da Atenção Primária em Saúde: acesso/utilização, longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação familiar/comunitária.
- ✓ Avaliar a qualidade da atenção à saúde infantil, segundo faixa etária e regional municipal de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em setembro de 1978, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. Resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. De acordo com a referida Declaração, ações dos diferentes atores internacionais deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Chegou-se ao consenso de que a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (OPAS, 1978).

O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o fortalecimento para outras iniciativas de organizações dos sistemas locais de saúde no mundo e no Brasil.

Em 1970, surgiu no Brasil um movimento de reforma sanitária, que evoluiu na década de 1980 para propostas de transformação democrática do regime autoritário e de criação de um sistema nacional unificado de saúde, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação dos serviços (PAIM, 2009).

Durante o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) deu-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em março de 1986, que foi o principal evento político-sanitário nesse processo, com significativa participação popular (MENDES, 1999). A 8ª CNS trouxe conquistas relevantes para o setor saúde, destacando-se os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde em 1990.

O movimento da RSB desencadeou mudanças importantes, tendo como sua conquista a inclusão do capítulo da saúde na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), evidenciando-se que as modificações no setor saúde exigiam mais do que uma simples reforma administrativa e financeira, pois se fundamentavam na ampliação do conceito de saúde (COSTA, PONTES e ROCHA, 2006).

Em busca do fortalecimento dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde baseou-se nas experiências de sistemas de saúde de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças no modelo de assistência em nível nacional. Esses países desenvolveram seus sistemas de saúde orientados para a Atenção Primária à Saúde dando prioridade à atenção com acesso universal, continuada e integral junto à comunidade (OLIVEIRA, 2007).

No Brasil, a APS desenvolveu-se basicamente por meio de dois grandes modelos de organização de suas ações: o modelo da Programação em Saúde, nos anos 1970, e o modelo do Programa de Saúde da Família, em 1990, sendo que a organização dos serviços da APS nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF) foi proposta pelo Ministério da Saúde em 1996. É uma estratégia de universalização da APS e reorientação do Sistema de Saúde para ações de promoção, prevenção da saúde e assistência à saúde, de maneira integrada, em um território definido.

Visando a promoção da saúde, com base em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no país, em 1993 nasce o Programa Saúde da Família, evoluindo gradativamente para reorganização do modelo assistencial (MS, 1997), com sua atenção centrada na família. Surge como uma alternativa para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes (MS, 2010a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída no SUS em 1998 como reorientação do modelo assistencial de saúde. É composta por equipe multiprofissional que conta com, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal – eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. As atribuições dos profissionais estão previstas na Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011; cada equipe deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas de uma determinada área (MS, 2011a).

Na regulamentação do atendimento à saúde, feito pelo SUS, no Brasil há duas importantes leis: Lei n. 8080/1990 e a Lei n. 8.142/1990. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços; regula as ações e serviços executados isoladamente ou em

conjunto, em caráter permanente ou eventual e por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Consta nas suas disposições que a saúde é um direito fundamental do ser humano e o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

A Lei n. 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O SUS conta com importantes instâncias colegiadas de participação social: Conferências de saúde, que se reúnem a cada quatro anos, avaliam e propõem diretrizes para a formulação da política de saúde e Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários que agem na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde inclusive aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

Ao considerar que cerca de 80% a 90% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos no nível primário (STARFIELD, 2004), admite-se que a não efetividade da APS compromete a resolutividade dos demais níveis de saúde (MACINKO et al., 2004).

Utiliza-se no Brasil o termo Atenção Básica (AB) como sinônimo de APS. A Portaria nº 2.488/2011, instituída em 21 de outubro de 2011 (MS, 2011a), estabelece que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera-os como termos equivalentes.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MS, 2012a).

A compreensão de diferenças entre os conceitos da APS e AB é até hoje algo confusa no Brasil, mesmo no meio acadêmico (GIL, 2006). Essa autora observou que após a criação do modelo da APS foi frequente o uso do conceito Atenção Básica para referenciar serviços municipais de saúde. O Programa Saúde da Família explicitou a superposição destes conceitos sendo muitas vezes referenciados na perspectiva da Atenção Primária e outras na Atenção Básica. Os termos são utilizados como sinônimos em algumas situações e, em outras, como contraposição.

A falta de clareza de um modelo de APS faz com que a AB permaneça associada à ideia de postos de saúde com estrutura precária, cuidado de problemas simples, ações programáticas restritas, prevenção em detrimento de assistência. O que se observou na

prática foi a implementação da Atenção Básica em diversos formatos, de qualidade duvidosa e aproximando-se do temido modelo restritivo e seletivo (CONILL, 2008). Uma atenção primária seletiva refere-se a intervenções de baixo custo para erradicar doenças em países pobres. Associa-se muitas vezes a programas e não tem a abrangência da concepção do modelo da APS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Se há divergências entre os conceitos da APS entre os autores, atualmente existe o consenso sobre a sua importância. STARFIELD (1992) já afirmava que a atenção primária é o primeiro nível dentro do sistema e se diferencia por apresentar quatro atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, os quais têm sido utilizados para avaliar a qualidade da APS nos Estados Unidos e Brasil. A autora enfatiza a presença de outras três características chamadas atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Segundo STARFIELD (1992), tais atributos são assim definidos:

- ✓ Primeiro contato: acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio do mesmo problema.
- ✓ Continuidade (Longitudinalidade): a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua *utilização ao longo do tempo*. Devem existir relações interpessoais intensas entre o profissional de saúde e a população. A identificação mútua entre ambos pode estar relacionada ao mesmo profissional ou ao mesmo serviço.
- ✓ Integralidade: na organização da APS devem existir todos os serviços de saúde necessários, inclusive a referência à atenção secundária ou terciária. Os profissionais (do serviço de saúde) precisam identificar e proporcionar ações preventivas, ações dirigidas aos sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento das doenças e identificar de forma adequada problemas de todo tipo, sejam orgânicos, funcionais ou sociais.
- ✓ Coordenação: exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/registros ou ambos), e a identificação de problemas abordados em outro serviço integrando-os no cuidado global do paciente; o provedor de atenção primária deve ser capaz de promover esta integração.
- ✓ Atenção centrada na família (orientação familiar): conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças.
- ✓ Orientação comunitária: refere-se ao conhecimento e à relação do profissional com as necessidades da comunidade, bem como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

✓ Competência cultural: refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população consideradas suas características culturais especiais.

A integração da rede de serviços na perspectiva da APS envolve: a existência de um serviço regular; a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial; a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e os serviços necessários para resolver problemas menos frequentes e mais complexos referenciando-os; e, a coordenação das ações pela equipe da APS, garantindo o cuidado contínuo (STARFIELD, 2004).

A Organização Pan-Americana da Saúde refere que as redes integradas de serviços de saúde necessitam de alguns atributos para seu funcionamento (OPAS, 2010):

- ✓ População/território definidos;
- ✓ Amplo conhecimento das necessidades e preferências em serviços de saúde;
- ✓ Oferta extensa de serviços de saúde que incluam: intervenções, promoção da saúde; prevenção das doenças; diagnóstico; tratamento; reabilitação;
- ✓ Coordenação; sistema de governança participativo;
- ✓ Gestão e sistema de informações integrados; financiamento adequado.

Com base nesses atributos, a OPAS conceitua as redes integradas de serviços de saúde como:

Uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010, p. 9).

No Brasil, as redes de atenção à saúde na concepção do SUS compõem um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade (MENDES, 2011). Para o autor, a APS não é menos complexa que os cuidados definidos como de média ou alta complexidade, pois é nela que se ofertam orientações de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde, como: cessação do hábito de fumar; adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física, etc. Os níveis de atenção secundários e terciários são responsáveis por atendimentos/procedimentos de maior densidade tecnológica, mas não de maior complexidade. Políticos, gestores e profissionais de saúde podem ter uma visão distorcida, sobrevalorizar práticas dos níveis secundários e terciários e banalizar a APS. A concepção hierárquica e piramidal da atenção à saúde deve ser substituída pela das redes, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades

tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2011).

Em seu Relatório Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um apelo para que fossem mudadas as dimensões da APS para uma concepção abrangente, articuladas em rede, centradas no usuário e que respondessem às necessidades de saúde da população. O foco do movimento da atenção deveria mudar numa direção que pode ser expressa no quadro 1 (WHO, 2008).

Quadro 1. O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde.

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
Concentração em mães e crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação como mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de <i>accountability</i>
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Gestão da escassez	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos Investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

Fonte: WHO, 2008.

No Brasil, a consecução da APS ainda é um desafio para os usuários. Há falta de profissionais, infraestrutura deficiente, dificuldade de integração com outros pontos do sistema de saúde e heterogeneidade na implantação dos serviços (CAMPOS, 2008).

Os obstáculos a superar para a garantia da atenção integral são diversos: financeiros, persistência de segmentação no sistema, fraca integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção (CONILL, 2008).

Para que sejam solucionados os problemas relacionados com integração e coordenação dos cuidados, nas reformas dos sistemas de saúde estes problemas vêm recebendo atenção para que se fortaleça a APS (GIOVANELLA, 2006).

As propostas de fortalecimento da posição da atenção primária no sistema decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em um contexto de pressão por maior eficiência (HOFMARCHER; OXLEY e RUSTICELLI, 2007).

Um indicador que reflete a efetividade da APS é o registro de Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP). São denominadas condições sensíveis aquelas que a internação poderia ser evitada se os serviços de atenção básica fossem efetivos e acessíveis (GUANAIS e MACINKO, 2009). Em uma população na qual se verifiquem altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária, pode-se estar com problemas na cobertura ou no desempenho dos serviços de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

Em Mato Grosso, houve redução de internações hospitalares por Infecções Respiratórias Agudas/IRA do trato respiratório baixo, sensíveis à atenção básica, em menores de cinco anos, mas essa redução ocorreu de forma bem heterogênea, sendo que em algumas regiões do estado houve incremento (SCATENA et al., 2014).

Em um estudo no estado do Piauí (BARRETO, NERY e COSTA, 2012) direcionado ao grupo etário menor de cinco anos, foi observada redução das internações por gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas e asma. Apesar da redução no período pesquisado (2000-2010), o estudo destacou que tais morbidades podem ser consideradas altas para a população analisada.

Em revisão descritiva, PEREIRA et al. (2014) observaram altas taxas de ICSAP em alguns estados e/ou municípios brasileiros isolados, mas com tendência para a estabilização e redução nas diferentes regiões. Os autores alertam aos gestores da APS sobre os altos índices de ICSAP em crianças menores de cinco anos e idosos. Daí a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e também com relação a patologias que podem ser tratadas na atenção básica, evitando complicações e gravidade na demora do atendimento e futuras internações.

3.2 SAÚDE DA CRIANÇA

No Brasil, o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA) define “criança” como a pessoa até doze anos de idade incompletos e “adolescente” aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990c). O Ministério da Saúde classifica o acompanhamento e desenvolvimento infantil segundo as faixas etárias (MS, 2002):

- a) Período neonatal: < 28 dias.
- b) Primeira Infância: Lactente (29 dias a 2 anos exclusive).
- c) Infância (segunda infância ou pré-escolar – 2 a 6 anos exclusive).

O Estatuto da Criança e Adolescente rege:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (capítulo I, art. 7º (BRASIL, 1990c).

O Estatuto (op.cit.) assegura, assim, à criança o direito à saúde por meio da efetivação de políticas públicas que proporcionem um nascimento e o desenvolvimento saudável com condições dignas de vida. A atenção integral à saúde da criança deve ser garantida pelo SUS, com acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Apesar da recomendação desses princípios, nem sempre esses direitos encontram-se garantidos no cotidiano dos serviços de saúde, sendo um desafio para os profissionais de saúde e demais áreas (YAMAMOTO, 2011).

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário sendo que os cuidados básicos apresentam relevância como possibilidades para o enfrentamento dos problemas de morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população (SAMICO et al., 2005). É preciso abordar a infância como uma etapa da vida com necessidades e problemas de saúde específicos (COLOMER et al., 2004).

A neurociência e as pesquisas comportamentais apontam que o oferecimento de condições propícias ao desenvolvimento infantil são menos dispendiosas e mais eficazes do que tratar as consequências dos problemas infantis no futuro (KNUDSEN et al., 2006).

Pesquisas mostram que muitas patologias do adulto têm início na infância (CAMPOS JUNIOR, 2011).

Programas e políticas de saúde vêm sendo desenvolvidos no Brasil desde a década de 1980 com o objetivo de intervir na faixa etária infantil a partir de mudanças

tecnossistenciarias, ampliando-se o acesso aos serviços de saúde, promover a desfragmentação da assistência e mudanças na forma como os cuidados aos recém-nascidos e crianças vêm sendo realizados (MS, 2012b).

Em 1984, frente às questões econômicas brasileiras de desigualdades na distribuição de renda, desnutrição e infecções, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) com a intenção de diminuir a morbimortalidade nas crianças de 0-5 anos e que era constituído pelas ações: terapia de reidratação oral, controle da infecção respiratória aguda, imunização básica, aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Este programa foi objeto de alguns estudos para avaliação da eficácia e eficiência e encontrou desafios como sub-registros, informações irregulares, dificuldade do acesso do usuário, falta de profissionais de saúde para realização dos programas.

Com o objetivo de maior acesso aos cuidados básicos de saúde, tornando mais resolutivo o nível de atenção primária, foram desenvolvidas três ações/estratégias incorporadas à política de saúde do Brasil pelo Ministério da Saúde: o Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1993; a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), em 1996; e a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, proposta em 2004 (MS, 1997; MS, 2003; MS, 2004).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou e divulgou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e definiu ações profissionais implicadas, tendo como foco a saúde da criança (MS, 2004). Observam-se os principais eixos no quadro 2.

Quadro 2. Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil: principais eixos. Brasil, 2004.

Nascimento saudável	Menor de 1 ano	1 a 6 anos – 7 a 10 anos
Anticoncepção e concepção	Cuidados com o recém-nascido: “Primeira Semana Saúde Integral”	Saúde coletiva em instituições de educação
Prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/Aids	Acompanhamento do recém-nascido de risco	Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias carências e doenças respiratórias
Saúde dos adolescentes	Triagem neonatal	
Atenção ao pré-natal,	Aleitamento materno	

Nascimento saudável	Menor de 1 ano	1 a 6 anos – 7 a 10 anos
parto e puerpério	Saúde coletiva em instituições de educação infantil	
Urgência, emergência materna e neonatal	Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias carências e doenças respiratórias	

Fonte: Brasil, 2004.

Observa-se que a Atenção Integral à Saúde da Criança organiza-se em três eixos principais, que abordam ações que vão da anticoncepção à concepção, à atenção ao parto e ao puerpério, cuidados com o recém-nascido (crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno), doenças prevalentes da infância e saúde coletiva (ERDMANN e SOUZA, 2009).

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005 (MS, 2005a).

A Caderneta apresenta o cartão de vacinas, o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação como aleitamento materno e uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual; intercorrências clínicas; além de orientações para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de acidentes e violência doméstica, objetivando principalmente promover a vigilância à saúde da criança (MS, 2013a).

Embora estudos sobre a CSC sejam escassos, todos são unânimes em afirmar que é necessário um trabalho de divulgação, sensibilização e capacitação dos profissionais, potencializando o seu uso para uma abordagem integral da saúde da criança (ABREU et al., 2012).

A Portaria nº 2.351/GM/MS de 05 de outubro de 2011 atualizou, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha que garante às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis e tem como objetivos: novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal (MS, 2011b).

O IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança é um programa de estratégia da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), adotado no Brasil em 1992 pelo Ministério da Saúde. Entre seus objetivos estão: o aumento da prevalência do aleitamento materno por meio de revisão de políticas e rotina nos Serviços de Saúde Materno-Infantis; combate à propaganda de leites artificiais; trabalho pela adoção de leis

que protegem a mulher trabalhadora que amamenta; prática do alojamento conjunto (MS, 2008).

O Programa Benefício de Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP), Brasil Carinhoso, foi instituído pela Lei n. 16/2012 e tem como objetivo beneficiar financeiramente famílias com crianças até seis anos de idade as quais já recebem recursos do Programa Bolsa Família, mas continuam em situação de extrema pobreza (MS, 2012c).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é uma ação de saúde pública que existe há mais de 40 anos no Brasil, tem como objetivos a prevenção, redução ou eliminação de doenças, através de operações de vacinação. As vacinas e a vigilância foram responsáveis pela eliminação da varíola, pela interrupção da transmissão da poliomielite e do sarampo autóctone, entre outras (MS, 2013b).

O atendimento à saúde infantil leva em consideração alguns marcos da maturidade neurológica e do desenvolvimento geral da criança. É necessário o acompanhamento de peso, estatura, altura e perímetro cefálico com mais frequência no primeiro ano de vida (SBP, 2006). A atenção integral compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento e com suas particularidades é uma ocupação da puericultura médica contida na Pediatria.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida e duas no 2º ano; a partir do 2º ano, consultas anuais. Esta seleção representa momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser acompanhadas com maior frequência (MS, 2012b).

No Brasil, recentemente, em outubro de 2016, foi lançado pelo governo federal o Programa “Criança Feliz”. O Programa atenderá gestantes, crianças de até seis anos e seus familiares beneficiários de outro programa social federal, o “Bolsa Família”, e priorizará: gestantes e crianças de até três anos. Também serão atendidas as crianças de até seis anos que estejam afastadas do convívio familiar em razão de aplicação de medidas de proteção judicial. Equipes acompanharão domiciliarmente as crianças com objetivos de orientação, prevenção e encaminhamento para atendimento médico, psicológico ou judicial, conforme o caso. Inspirado em ações estaduais (Rio Grande do Sul e Pernambuco), a responsabilidade da implantação do programa será dividida entre a União, os estados e Municípios, sendo o financiamento federal (BRASIL, 2016).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança é o eixo que integra as ações de saúde: atendimento das necessidades de nutrição, biológicas, afetivos e

socioculturais e têm sua eficácia na prevenção de problemas, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida, com diminuição importante na morbimortalidade infantil. Mas para isso é preciso um modelo assistencial comprometido com a atenção integral à saúde da criança envolvendo os serviços desde a porta de entrada na Atenção Básica através da ESF até as ações de nível terciário, além das ações intersetoriais que envolvem os cuidadores e a comunidade.

Para VICTORA et al. (2011), alguns fatores como a diminuição do coeficiente da mortalidade e da desnutrição infantil brasileira aconteceram concomitante à melhoria do saneamento básico, da implementação dos serviços de saúde e incentivo à amamentação.

Portanto, os serviços de APS ao atender à saúde da criança orientando às famílias e trabalhando o contexto comunitário vai além do que somente avaliar patologias e fazer uma medicina curativa.

3.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação em saúde é uma área com muitos conceitos e diversas metodologias. Uma de suas definições descreve-a como aplicação de um julgamento de valor a uma intervenção através de dispositivo que forneça informações científicas e legítimas. Quando este julgamento for elaborado a partir de um procedimento científico chama-se pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Também, para TREVISAN e BELLEN (2008), o termo avaliação está relacionado à determinação de valor.

Especificamente, o objetivo de uma avaliação é produzir efeitos e resultados concretos, que possam auxiliar nas decisões a serem tomadas por gestores em geral. Para ALMEIDA e TANAKA (2016), além do apoio à gestão, a avaliação pode ter como um dos seus objetivos a aprendizagem dos atores envolvidos (gestores, trabalhadores, usuários), propiciando momentos de reflexão e construção de argumentos para negociação entre os níveis federativos, servidores públicos e prestadores privados, usuários, gestores e profissionais.

Para WEISS, (1998), no campo da avaliação dos programas de promoção de saúde é importante que se entenda e se caracterize os programas como espaços sociais e técnicos onde a questão do conhecimento é fundamental. Se o avaliador não sabe em que o programa consiste, a formulação de questões provavelmente será falha. Daí a importância

do avaliador ter uma definição coerente do programa para saber atribuir os resultados observados.

Para SAVASSI (2012), as mudanças nos processos de gestão interferem na cultura das organizações principalmente quando se avalia o tema da qualidade. Com relação à saúde pública, envolve mudanças na qualidade dos gestores do SUS, nas relações dos gestores, profissionais e usuários. Além de se estabelecer um sistema de avaliação da qualidade é preciso mudar o foco da cura para a promoção e prevenção da saúde, monitorizar resultados, investir na qualificação, valorização e remuneração dos profissionais de saúde.

GUBA e LINCOLN (1989) dividem a história da avaliação em quatro gerações: a da mensuração em que o avaliador mede o objeto avaliado; a da descrição onde o enfoque é a descrição do objeto; a do julgamento onde o avaliador assume o papel de juiz da avaliação e por último a quarta geração proposta como alternativa para as gerações anteriores com um paradigma construtivista. Essa é uma avaliação responsiva em que reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional; há um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse.

Para NEMES et al. (2013) um passo básico para aprimorar a qualidade da assistência em saúde é a avaliação e controle de características essenciais de estrutura e processo.

A avaliação tem como objetivo orientar decisões conceituais e metodológicas. No entanto, participa de forma marginal nos processos de decisão (NOVAES, 2000). Essa autora aborda, ainda, o movimento de pesquisa em serviços de saúde observando que, na época, havia poucas publicações no Brasil sobre o assunto (NOVAES, 2004).

A importância da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde é dada pela capacidade de se produzir modificações através do processo integrativo da avaliação nas instituições: “Institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão [...]” (HARTZ, 2002, p. 419).

Em relação à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, os estudos de DONABEDIAN (1980) apresentam-se como pioneiros a partir da década de 1950. Segundo o autor, a qualidade implica em ser técnico-científica e ter qualidade na inter-

relação. Mais recentemente acrescentou a satisfação do usuário como critério importante na qualidade. Seus conceitos são utilizados até hoje pelas organizações de saúde.

Para DONABEDIAN (1980), uma definição para qualidade deveria se dar a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica. O processo refere-se às atividades, envolve os profissionais da saúde e usuários, inclui o diagnóstico, o tratamento e os aspectos éticos da relação médico, profissional, equipes de saúde e pacientes. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considera a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários. Anos mais tarde, DONABEDIAN (1990) descreveu um conjunto de princípios para a avaliação dos serviços de saúde denominados “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade.

Implantar uma avaliação implica: iniciar pelo mais palpável, delimitá-la e realizá-la conforme a capacidade do executor começando pela avaliação do processo. Também se considera a avaliação na perspectiva do usuário como um ato de participação social (TANAKA e MELO, 2001). A avaliação básica em saúde é um processo técnico-administrativo, destinado à tomada de decisões envolvendo os componentes: medir, comparar, emitir juízo de valor, tomar decisão. Ao se emitir o juízo de valor, possibilita-se decidir (TANAKA, 2011).

Os elementos contemplados pelos indivíduos na avaliação da satisfação envolvem combinações como ideal de serviço, noção de serviço merecido, média de experiências vividas em outros serviços parecidos e um nível mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável (ARAÚJO, 2003).

Antes de se tomar medidas para melhoria da qualidade é necessário definir o que é qualidade. Somente medir não vai melhorá-la. A maioria dos indicadores de saúde é usada na prática hospitalar, mas está havendo um aumento no que tange aos cuidados primários (CAMPBELL, 2003).

O conceito de qualidade representa um desafio e a avaliação da qualidade de atenção à saúde deve ter um enfoque multidimensional que implica o envolvimento de diferentes atores. A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde primários deve ser considerada em todas as dimensões: a dimensão da implementação das linhas diretrizes, que se baseia em evidências científicas; a dimensão das necessidades, dos valores e das prioridades de cada paciente; a dimensão da família e da comunidade envolvida na

assistência; e a dimensão dos serviços de saúde em que o acesso e a equidade se tornam critérios essenciais (SERAPIONE, 2009).

Apesar dos avanços, a avaliação em saúde ainda é um grande desafio devido a vários fatores: complexidade e início recente do SUS, variações dos serviços ofertados, continentalidade e diferentes momentos políticos que às vezes se contrapõem à evolução do sistema de saúde (CASTANHEIRA et al., 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, conduzida em nível federal, vem desenvolvendo ações com vista à implantação de uma política de avaliação desde 2005 (MS, 2005b).

Entende-se que a avaliação não deve ser vista como elemento punitivo, mas como auxiliar do processo desde o atendimento na base da APS até as instâncias das decisões político-financeiras, para uma melhor condução do Sistema.

SARTI et al. (2008) destacam na atenção básica brasileira algumas características como: o desafio enfrentado pelos profissionais de saúde em relação a problemas singulares e imprevisíveis, descaso político com a gestão, falta de capacitação profissional e manutenção do modelo hegemônico. Deste modo, os autores entendem que a avaliação pode ser um instrumento de melhoria da qualidade, criando uma cultura de participação nas tomadas de decisão.

A avaliação em saúde infantil é uma área recente e coexistem restrições éticas e de financiamento para pesquisas. Os informantes sobre tal objeto são os pais ou responsáveis que muitas vezes não sabem o que aconteceu, particularmente quando a criança está hospitalizada (SCHUSTER, 2015). Ainda de acordo com o mesmo autor, sugere que as pesquisas futuras contemplem as seguintes ideias:

- ✓ avaliação da qualidade apropriada e projetada para crianças ao invés das que são concebidas para adultos;
- ✓ conjuntos de indicadores que abrangem dimensões-chave como prevenção, cuidados agudos e crônicos e que avaliem processo e resultado incluindo experiência do paciente juntamente com a estrutura;
- ✓ avaliações e suas especificações disponíveis publicamente para que se possa analisá-las e determinar se são válidas;
- ✓ se houver êxito todos deverão abraçar a ideia da avaliação, considerando-a como ferramenta para proporcionar melhores cuidados.

Investimentos e esforços são necessários para que os resultados das pesquisas em saúde sejam disponibilizados para a comunidade, incluindo profissionais e gestores, transpondo os limites acadêmicos. Esta efetivação como prática depende de mudanças institucionais, culturais e sociais (CARVALHO et al., 2016).

3.3.1 Instrumentos de avaliação de serviços da APS

A criação e a validação de instrumentos de qualidade da vida no campo da saúde da criança ocorrem de forma gradual na comunidade científica brasileira, sendo de grande importância as discussões sobre a inclusão destes instrumentos nos serviços rotineiros assistenciais. A diversidade sociocultural do país dificulta o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação, o que os torna escassos (SOARES et al., 2011).

No mundo, ao longo dos anos, alguns instrumentos foram criados para a avaliação da qualidade de saúde, entre eles: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) e *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde); e PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) (FRACIOLLI et al., 2014).

No Brasil foram elaboradas e realizadas algumas estratégias de avaliação da APS pelo Ministério da Saúde como a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ (MS, 2006), e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (MS, 2011c; MS, 2015).

A AMQ, inserida como um projeto estratégico que integra a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde tem como principais objetivos: desenvolver uma metodologia de avaliação para a melhoria contínua da qualidade da ESF e definir padrões de qualidade; criar um instrumento de monitoramento e avaliação; desenvolver estratégias de implantação da ESF de forma qualificada no nível local; contribuir com o desenvolvimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação nas secretarias estaduais de saúde e municípios brasileiros; e induzir boas práticas em Atenção Primária (MS, 2006).

O PMAQ é um Programa que busca criar processos que ampliem a capacidade tanto em nível de gestão federal, estaduais e municipais, como também pelas próprias Equipes de Saúde da Família, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, considerando as necessidades concretas da população (MS, 2013c; MS, 2015).

O PMAQ objetiva a ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Os indicadores para avaliar a Equipe de Atenção Básica (EAB) no PMAQ são baseados nos focos estratégicos da AB: saúde da mulher, saúde da criança, controle do diabetes *melitus* e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose, hanseníase e saúde mental (MS, 2013c; MS, 2015).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização (MS, 2013c).

O Questionário QualiAids é outra ferramenta para avaliação dos serviços do SUS que assistem pessoas vivendo com AIDS. Para NEMES et al. (2004, 2009, 2013), a metodologia do QualiAids se utiliza de pesquisas realizadas para avaliar serviços ambulatoriais. Em parceria com o Ministério da Saúde, o Questionário QualiAids já teve várias aplicações com a participação dos serviços de saúde do país. A metodologia do Questionário QualiAids foi a base do desenvolvimento do Questionário QualiAB, de avaliação dos serviços de atenção primária do SUS e do Questionário QualiTB, dedicado à avaliação dos serviços de referência em tuberculose do SUS. O instrumento questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) soma-se às iniciativas de melhoria da qualidade da APS centradas em avaliações de processo. Focado no ‘como’ organizar o processo local do cuidado, o QualiAB subsidia diretamente os profissionais, e pode compor iniciativas de melhoria da qualidade que envolvem todos os níveis da gestão (CASTANHEIRA et al., 2014).

A utilização destes instrumentos de avaliação dos serviços de saúde contribui para a criação de novas propostas para melhorar a qualidade em saúde.

O instrumento de avaliação PCATool foi criado por Barbara Starfield nas versões *Child Consumer/Client Survey* e *Adult Consumer/Client Survey*, aplicável aos usuários para avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto respectivamente e *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde, cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS (STARFIELD, 2004). O PCATool na versão saúde da criança, através da experiência dos cuidadores das crianças, permite “identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações” (MS, 2010b, p. 11).

Nas buscas efetuadas em diferentes sítios, tais como LILACS, BVS, SCIELO, CAPES/MED, entre outros, foram localizados 42 trabalhos com a utilização do PCATool realizados no Brasil. Seleccionaram-se dez trabalhos do PCATool versão criança, no período 2006 a 2015 (Quadro 3), tendo em vista que este projeto é sobre a avaliação infantil. Os demais trabalhos foram excluídos por se tratarem de avaliação em adultos, artigos duplicados, e outros trabalhos que não atendiam completamente aos critérios estabelecidos pela pesquisa.

Quadro 3. Literatura encontrada referente ao PCATool versão criança, na Atenção Primária à Saúde. Brasil, 2006-2015.

Título	Autor/Ano	Objetivos
A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras	MESQUITA FILHO et al. (2014)	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS) das crianças e conhecer fatores associados.
Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores	LEAO et al. (2011)	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS), na assistência à saúde infantil ofertada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em comparação a outros serviços de atenção à saúde da criança em Montes Claros (MG).
Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde	FRANK et al. (2015)	Avaliar a efetividade da APS direcionada a crianças, por meio do atributo longitudinalidade, em unidades de saúde com e sem ESF em município do Oeste do Paraná
Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança	ARAÚJO et al. (2014)	Identificar a extensão dos atributos da orientação familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de APS
Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores	BRAZ (2012)	Avaliar a presença e a extensão dos atributos na APS e o grau de afiliação do usuário (ESF) sob a ótica dos cuidadores, nas crianças menores de um ano de idade
Atributos da atenção primária à saúde no DF: estudo comparado entre unidades básicas de saúde tradicional e a estratégia saúde da família no cuidado integral à saúde da criança	ARAÚJO (2013)	Analisa o desempenho dos serviços das UBS em duas Regiões Administrativas no Distrito Federal, no cumprimento dos atributos da APS, com foco no cuidado integral à saúde da criança
A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na	FURTADO et al. (2013)	Analisar a presença e extensão dos atributos da APS e o grau de afiliação de crianças com menos de um ano de idade, nas UBS

Título	Autor/Ano	Objetivos
Atenção Primária		
Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola	MARQUES et al. (2014)	Avaliar os atributos da APS, com enfoque sobre a saúde infantil, segundo a percepção de uma comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais
Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária	OLIVEIRA; VERÍSSIMO (2015)	Comparar o modelo assistencial das UBS tradicionais com as unidades ESF quanto à presença e extensão dos atributos da APS, no atendimento da criança
Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica das internações por Condições Sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil	MELO; CAMPOS (2013)	Avaliar a APS, por meio da associação do indicador de internações hospitalares por CSAP com o PCATool-Brasil, no município de Juiz de Fora/Minas Gerais no período de 2011 a 2012 na população de 0 a 9 anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

A maioria dos autores investigou todos os atributos propostos por Barbara Starfield, que são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, atenção centrada na família/comunitária. Se a avaliação dos atributos resultar satisfatória, entende-se que há uma boa qualidade na APS.

Houve uma variação da faixa etária infantil estudada. Alguns autores compararam o atendimento infantil tradicional da APS com o da ESF. As pesquisas que compararam o modelo tradicional da APS e o da ESF mostraram que ambos precisam evoluir no atendimento infantil. A investigação em diferentes faixas etárias infantis poderia apresentar avaliações diversas dos usuários. Nenhum trabalho apresentou avaliação satisfatória de todos os atributos.

Os trabalhos constantes no quadro 3 foram utilizados para o embasamento teórico e na discussão dos resultados desta pesquisa.

4 MÉTODOS

4.1 QUADRO TEÓRICO METODOLÓGICO

A adequada apresentação dos procedimentos metodológicos das pesquisas é importante, pois “[...] para avaliar a qualidade dos resultados de uma pesquisa, torna-se necessário saber como os dados foram obtidos, bem como os procedimentos adotados em sua análise e interpretação” (GIL, 2010, p. 28).

No Brasil, a versão do PCATool – Criança, foi validada em 2006 com a aplicação aos cuidadores/responsáveis da população menor de dois anos de idade, usuários dos serviços da atenção básica de Porto Alegre/RS e resultou em um instrumento de 45 itens de avaliação dos atributos essenciais e derivados da APS (HARZHEIM, 2004; HARZHEIM et al., 2006). Em 2010, uma revisão deste instrumento resultou em 55 itens de avaliação da versão infantil (MS, 2010b).

O Quadro Teórico Metodológico do PCATool compreende os atributos a serem avaliados (Quadro 4), sendo que o atributo *competência cultural* não será utilizado na avaliação, conforme o PCATool validado para o Brasil. Esse atributo foi excluído, uma vez que na análise fatorial não se consolidou uma dimensão com três ou mais perguntas representativas deste atributo (HARZHEIM et al., 2006).

Quadro 4. Referencial Teórico - Metodológico do PCATool.

Atributos da APS	Componentes dos atributos	Categoria avaliativa	Indicadores
	1) Grau de afiliação		Profissionais de referência, para atendimento da criança na ESF Profissionais conhecem a criança Um médico/serviço responsável pelo atendimento da criança
I – Acesso de primeiro contato Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas	2) Utilização 3) Acessibilidade	Atendimento rápido, eficaz e eficiente	Utilização do serviço para consulta de rotina. Utilização do serviço para novos problemas de saúde. Encaminhamento ao especialista. Atendimento de consultas no mesmo dia. Demora para marcar consultas. Facilidade para marcar hora de consulta de revisão. Espera de mais de 30 minutos para consultar (sem contar triagem ou acolhimento). Dificuldade para atendimento médico quando familiar pensa ser necessário. No horário de atendimento há aconselhamento rápido pelo telefone quando necessário
II Longitudinalidade Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.	4) Longitudinalidade	Promoção do atendimento integral, holístico Conhecimento sócio, financeiro e familiar	Atendimento pelo mesmo profissional todas as vezes que consulta. Fazer perguntas por telefone sobre a saúde com o profissional que melhor conhece a criança. Entendimento sobre o que o familiar diz ou pergunta. Respostas pelo profissional de saúde de forma clara. Tempo suficiente para o familiar falar sobre suas preocupações ou problemas. Família se sente à vontade contando preocupações ou problemas de sua criança. Conhecimento mais como pessoa do que somente alguém com problemas de saúde. Conhecimento da história clínica completa da criança. Conhecimento dos medicamentos que estão sendo utilizados Mudança para outro serviço se fosse fácil de fazer.

Atributos da APS	Componentes dos atributos	Categoria avaliativa	Indicadores
			<p>Conhecimento da família. Conhecimento dos problemas mais importantes da família. Conhecimento sobre o emprego dos familiares. Conhecimento dos problemas financeiros para pagar remédios</p>
<p>III – Integralidade Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros</p>	<p>5) Serviços disponíveis 6) Serviços prestados</p>	<p>Orientação sobre planejamento familiar, problema mental, drogas, HIV. Existência de programas sociais ou de suplementação alimentar Orientação sobre a saúde da criança e prevenção de acidentes</p>	<p>Vacinação disponível. Participação familiar em programas de assistência social ou benefícios sociais. Orientação sobre planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. Existência de programas de suplementação nutricional. Orientação ou tratamento para uso de drogas. Orientação para problemas de saúde mental. Existência de pequenos procedimentos cirúrgicos. Orientação sobre HIV e solicitação de teste. Existência de avaliação de problemas visuais. Orientação sobre alimentação saudável, higiene e sono adequado. Orientação sobre segurança na guarda de medicamentos. Orientação sobre crescimento e desenvolvimento. Abordagem comportamental. Orientação sobre prevenção de acidentes</p>
<p>IV- Coordenação 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 no cuidado global do</p>	<p>7) Integração de cuidados 8) Sistema de Informações</p>	<p>Conhecimento e interesse sobre resultados dos serviços prestados ao usuário referenciado Conhecimento sobre informações progressas de</p>	<p>Encaminhamento para consultas com especialistas. Conhecimento sobre a consulta especializada. Conhecimento sobre os resultados da consulta especializada. Conversa do profissional de saúde após consulta especializada e o que aconteceu durante a consulta. Interesse na qualidade do cuidado que foi dado à criança no especialista. Familiar leva registro de saúde ou boletins de atendimento anteriores.</p>

Atributos da APS	Componentes dos atributos	Categoria avaliativa	Indicadores
paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços		saúde, pelo profissional. Acesso sobre informações de saúde obtidas pelo usuário, através de prontuários	Disponibilidade do prontuário na consulta. Acesso do prontuário pelo familiar se este desejar
V – Atenção centrada na família Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar	9) Orientação Familiar	Valorização das opiniões familiares e interação com demais membros	Consideração das opiniões familiares sobre tratamento e cuidados com a criança. Conhecimento sobre doenças/problemas de familiares. Reunião com outros membros se familiar achar necessário
VI – Orientação comunitária Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços	10) Orientação comunitária	Conhecimento de problemas da comunidade Estímulo à participação política	Realização de visitas domiciliares. Conhecimento dos problemas importantes de saúde da comunidade. Existência de pesquisas para identificar problemas de saúde da comunidade. Profissional de saúde convida membros da família para participação de conselhos locais
VII - Competência cultural (*) Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma			

Fonte: Adaptado de STARFIELD, 1992.

(*) Atributo não utilizado no PCATool-Brasil na versão criança.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa sobre serviços de saúde de APS, de abordagem quantitativa e delineamento transversal. Estudos transversais visualizam a situação de uma população em um determinado momento; como *instantâneos* da realidade (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2006).

As principais vantagens deste tipo de estudo são o seu baixo custo, sua fácil exequibilidade e a rapidez com que se consegue retorno dos dados obtidos (COUTINHO et al., 2008).

4.3 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O município de Cuiabá é a capital de Mato Grosso, estado que compõe a Região Centro Oeste, sendo considerado um dos principais polos de desenvolvimento do país, com base no agronegócio (CUIABÁ, 2015).

Até o ano de 2014, Cuiabá possuía 138 bairros e 383 loteamentos (VILARINHO NETO, 2014), com área geográfica de 3.538,17km², população de 551.098 mil habitantes e densidade demográfica de 157,66 hab./km² (IBGE, 2010). Sua economia está baseada no comércio e na indústria. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com uma rede de serviços de atenção à saúde, constituindo-se de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território com vistas a atender às necessidades de saúde da população (CUIABÁ, 2015).

A SMS de Cuiabá realiza ações de prevenção à doença, de promoção da saúde e procedimentos de média e alta complexidade em 121 unidades de serviços próprios. Destes, a Atenção Básica em Saúde é composta por 96 unidades básicas (com 21 centros de saúde, 70 equipes de Saúde da Família e dez clínicas odontológicas). A atenção especializada e hospitalar constitui-se de seis policlínicas, seis núcleos de reabilitação, oito residências terapêuticas e cinco centros de atenção psicossocial, nove laboratórios municipais (CUIABÁ, 2015). O município é servido por 17 hospitais, entre públicos e privados, sendo que alguns privados também atendem especialidades do SUS (MATO GROSSO, 2016).

Está credenciado no Ministério da Saúde um total de 63 equipes da ESF (sete não o são) e 21 Centros de Saúde, atendendo as quatro regionais de saúde de Cuiabá

(CUIABÁ, 2015). A amostra que foi estudada diz respeito ao atendimento infantil das equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo excluídas três unidades rurais. Foram consideradas as sete equipes que ainda não estão credenciadas, mas operam como ESF, desta forma totalizando 67 unidades de ESF.

O município conta com uma população total estimada de 42.781 crianças menores de cinco anos, das quais serão consideradas como população alvo deste estudo aquelas atendidas em 67 unidades de ESF e que somam 20.322 crianças (CUIABÁ, 2015).

Em Cuiabá, a ESF está distribuída em quatro regionais (Norte, Sul, Leste e Oeste) (Figura 1).

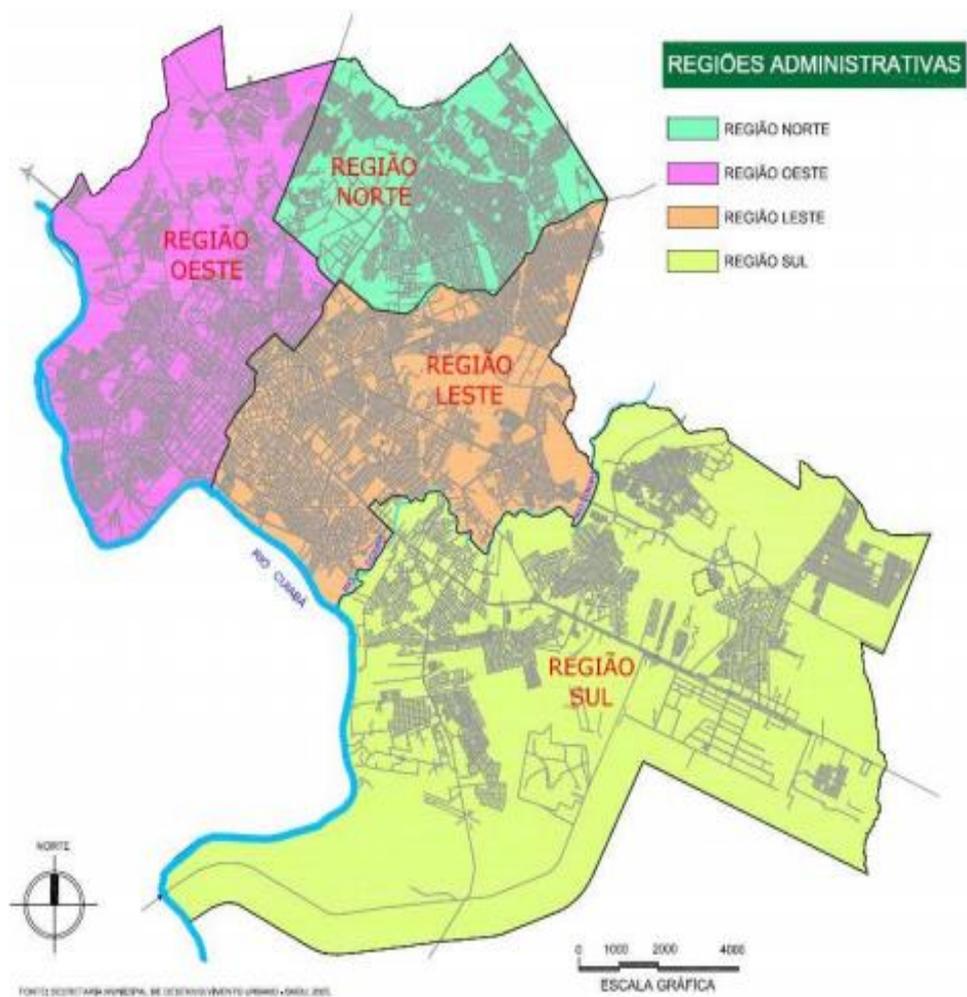


Figura 1. Município de Cuiabá e Regionais Administrativas.
Fonte: Cuiabá, 2015.

O número de equipes de ESF e a população infantil urbana são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. População infantil (0 a 5 anos) atendida nas unidades urbanas da ESF. Cuiabá, 2015.

Regional	Total de Equipes de ESF	População infantil		
		< 2 anos	2 a 5 anos	Total
Norte	18	2.248	3.447	5.695
Sul	21	2.602	3.989	6.591
Leste	17	2.028	3.108	5.136
Oeste	11	1.145	1.755	2.900
Total	67	8.023	12.299	20.322

Fonte: Adaptado da SMS, Cuiabá-MT, 2015.

4.3.1 Amostra

Foi utilizada uma amostra probabilística, estratificada por faixa etária e regional, proporcional ao tamanho da população. Foram utilizadas duas faixas etárias: i) menores de 2anos e ii) de 2 a 5 anos.

Para cálculo amostral, uma vez conhecido o tamanho da população e a faixa etária em cada uma das regionais, foi utilizada uma fórmula que considera proporções e tamanho da população.

Assim, o tamanho de amostra aproximado (i) para estimar a proporção (p), quando se conhece o tamanho da população (N) é dado pela seguinte expressão:

$$n = \frac{Np(1 - p)}{(N - 1) (d/z_{\alpha/2})^2 + p(1 - p)}$$

Onde:

n = Tamanho aproximado da amostra;

N = Número de unidades na população;

p = Proporção populacional de indivíduos a ser estimada, neste caso proporção de crianças usuárias do ESF;

d = Limite para o erro de estimação (erro de amostragem);

α = Nível de significância;

$z_{\alpha/2}$ – é o valor na curva normal padrão, obtido da tabela da distribuição normal padronizada, correspondente ao nível de confiança utilizado (BOLFARINE, 2005 *apud* ESPINOSA, 2012).

Nesta pesquisa, foi considerado um nível de confiança de 95%, um erro amostral de 5% e uma proporção de 50%, valor adotado devido ao desconhecimento da proporção do objeto de interesse, que é a avaliação dos atributos.

Determinou-se um tamanho de amostra de 377 (trezentos e setenta e sete) crianças (Tabela 2).

Tabela 2. Tamanhos amostrais por faixas etárias e regiões. ESF. Cuiabá, 2015.

Região	População		Fração Amostral		Amostra por faixa etária		Amostra por região
	< 2a	2 a 5a	< 2a	2 a 5a	< 2a	2 a 5a	
Norte	2.248	3.447	0,1106	0,1696	42	64	106
Sul	2.602	3.989	0,1280	0,1962	48	74	122
Leste	2.028	3.108	0,0997	0,1529	38	58	96
Oeste	1.145	1.755	0,0563	0,0863	21	32	53
Total	8.023	12.299	0,3946	0,6054	149	228	377

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Neste estudo, a faixa etária dos menores de cinco anos foi estratificada em: até dois anos e de dois a cinco anos devido à diferença de frequência com que os pais ou responsáveis procuram a ESF. Devido à maior necessidade de atendimento na faixa etária mais vulnerável que é a abaixo de dois anos, os pais ou responsáveis poderiam valorizar mais a APS ou até mesmo detectarem maiores problemas do que os responsáveis por crianças mais velhas, uma vez que os últimos vão com menos frequência aos serviços (MS, 2012b).

Para otimizar os procedimentos de coleta dos dados, foi considerado um número de ESF proporcional ao total dos 67 ESF urbanas desta pesquisa, conforme a sua distribuição. Estes valores estão apresentados por regional na quarta coluna da tabela 3. Também é apresentado o número estimado de crianças a ser estudado por ESF nas colunas 7 e 8 da referida tabela. Tomando como exemplo a linha da Regional Norte (Tabela 3), foi feita a divisão das 18 unidades de ESF existentes nesta regional pelo total de unidades na cidade de Cuiabá que são 67 para o cálculo da proporção de unidades de ESF/Regional que é 0,2687. Ao multiplicarmos 0,2687 por 18, temos o número de unidades de ESF a serem

pesquisadas na Regional Norte que resultaram em 5 unidades. Para o cálculo da amostra por faixa etária, foi calculada a população de cada faixa etária sobre a população total de crianças sendo para a faixa < de 2 anos, 42; para a faixa de 2 a 5 anos, 64. Dividindo 42 e 64 pelo número de unidades de ESF a serem pesquisadas e que são 5, encontrou-se 8 e 13 que é o número de crianças < de 2 anos e de 2 a 5 anos por unidade de ESF, respectivamente. O total de crianças pesquisadas nesta regional foi 105.

Tabela 3. Distribuição da amostra por unidade de ESF de acordo com as faixas etárias e número de crianças. Cuiabá, 2015.

Regional	ESF	Proporção de ESF/Regional	Número de ESF/Regional	Amostra/faixa etária		Número crianças/ESF		Total/Regional
				< 2 anos	2 a 5 anos	< 2 anos	2 a 5 anos	
Norte	18	0,2687	5	42	64	8	13	105
Sul	21	0,3134	7	48	74	7	11	126
Leste	17	0,2537	4	38	58	10	15	100
Oeste	11	0,1642	2	21	32	11	16	54
Total	67	1,0000	18	149	228	-	-	385

Fonte: Elaborada pelos autores, 2015.

O tamanho amostral final de 385 crianças é superior ao tamanho calculado (377), uma vez que foram consideradas aproximações para maior (exemplo: $64/5 = 12,8$ que foi aproximado para 13) (Tabela 3).

Para selecionar as unidades de ESF proporcionais às regionais, foi realizado um sorteio aleatório, por exemplo: as cinco unidades de ESF da regional norte foram selecionadas entre as 18 unidades dessa regional, utilizando o programa MINITAB para esta seleção.

Para a seleção da população de estudo, adotou-se como critérios de inclusão: crianças menores de cinco anos, cadastradas nas unidades urbanas de saúde da ESF funcionantes há mais de um ano, que tivessem pelo menos duas consultas (médico e/ou enfermeiro) nos últimos seis meses anteriores à coleta. As crianças, participantes da pesquisa, foram selecionadas aleatoriamente ao comparecerem na unidade ou em domicílio.

Os critérios de exclusão foram: crianças menores de cinco anos, cadastradas nas unidades urbanas de saúde da ESF que tivessem menos de duas consultas (médico e/ou enfermeiro) nos últimos seis meses anteriores à coleta. Também foi um critério de exclusão

as crianças que preencheram o critério de inclusão, mas cujos cuidadores não foram capazes de responder o questionário.

4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos: roteiro de identificação/caracterização dos sujeitos respondentes e o PCATool Versão Criança.

As características sociodemográficas investigadas na pesquisa foram: a) em relação à criança: sexo, idade, número de irmãos, raça e vínculo; b) em relação ao cuidador: sexo, nível de escolaridade, idade, ocupação e renda familiar (Apêndice 1).

Na sequência foi aplicado o PCATool, instrumento composto por blocos de perguntas que correspondem aos atributos da Atenção Primária à Saúde (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Orientação Comunitária) e por três perguntas iniciais que mensuram o grau de afiliação ao serviço de saúde (Anexo 2).

O PCATool versão criança contém 55 itens para medir a presença do conjunto dos dez componentes dos atributos da APS (Quadro 5).

Neste estudo, o grau de afiliação, que avalia se existe um serviço de saúde que atende ou aconselha a criança, se há um médico/enfermeiro que conhece melhor a criança como pessoa ou se há um médico ou serviço de saúde responsável pelo atendimento, não integrou o rol das questões tendo em vista que todos os participantes tinham seus filhos cadastrados na unidade e, portanto, já eram afiliados.

Quadro 5. Componentes e número de indicadores do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. PCATool Brasil Versão Criança, 2010.

Nº	Componentes	Itens (indicadores)	Total itens
1	Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A)	A1, A2 e A3	3
2	Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)	B1, B2 e B3	3
3	Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)	C1, C2, C3, C4, C5 e C6	6
4	Longitudinalidade (D)	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14	14

Nº	Componentes	Itens (indicadores)	Total itens
5	Coordenação – Integração de Cuidados (E)	E2, E3, E4, E5 e E6	6*
6	Coordenação – Sistema de Informações (F)	F1, F2 e F3	3
7	Integralidade – Serviços Disponíveis (G)	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9	9
8	Integralidade – Serviços Prestados (H)	H1, H2, H3, H4 e H5	5
9	Orientação Familiar (I)	I1, I2 e I3	3
10	Orientação Comunitária (J)	J1, J2, J3 e J4	4
			55

(*) O Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde conta com 55 itens por não incluir o item E1 nesse total, por se tratar de um item apenas classificatório. Os resultados nessa pesquisa serão apresentados para os nove componentes pontuados, que compreendem os atributos e respectivos componentes do PCATool.

Fonte: PCATool, MS, 2010b.

4.4.2 Coleta de dados

A pesquisa foi autorizada pela Diretoria de Atenção Básica da SMS de Cuiabá e a coleta de dados aconteceu no período de julho a outubro de 2016 em dezoito unidades da ESF das quatro Regionais de saúde no município de Cuiabá-MT.

Inicialmente, foi feito contato com as unidades de ESF através das enfermeiras das equipes, que possibilitaram reuniões com os agentes comunitários, os quais serviram de elo com a comunidade para a realização das entrevistas. O objetivo das reuniões também foi informar sobre a importância do tema da pesquisa. Houve adequação da equipe de pesquisadores às regras da unidade e foi estabelecida uma relação cordial. Foi feita a sensibilização de todos para que pudessem participar com espírito colaborativo.

A partir do cadastro das crianças na unidade de saúde, organizou-se o local da coleta e as entrevistas foram realizadas na própria unidade ou definiu-se o local com os entrevistados quando realizadas fora da unidade.

A pesquisa foi feita por auxiliares de pesquisa devidamente treinados e supervisionados pela pesquisadora. Após o início da pesquisa, foram feitas novas reuniões da equipe dos pesquisadores com os agentes comunitários para sanar possíveis dúvidas e avaliar o bom andamento dos trabalhos. A aplicação dos questionários foi feita aos cuidadores. Utilizou-se a definição de cuidador dada por HARZHEIM et al. (2006), em sua pesquisa de validação do PCATool: “Cuidador principal é a pessoa que pode ser identificada pela pergunta: Quem é que melhor sabe informar sobre a saúde da criança?”

Quando houve a concordância do cuidador/responsável em participar da pesquisa, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) e solicitou-se a assinatura do mesmo.

Após, os questionários foram aplicados na seguinte ordem: identificação dos sujeitos da pesquisa e o instrumento PCATool Versão Criança. No caso de dúvidas, os entrevistados foram esclarecidos com as explicações necessárias para o melhor entendimento das questões. Dos 385 indivíduos selecionados para a pesquisa somente seis (1,6%) se recusaram a participar sendo, portanto, substituídos por igual número de entrevistados.

Não foi realizado o teste piloto com os cuidadores/responsáveis por crianças de zero a cinco anos, visto que o instrumento PCATool-Brasil versão criança já foi validado no Brasil (HARZHEIM et al., 2006).

Em duas unidades de saúde, das dezoito que foram sorteadas em Cuiabá, não foi possível realizar entrevistas com os cuidadores porque não havia médicos ou enfermeiros na unidade há mais de seis meses: uma na regional Norte e outra na Regional Sul. Assim, duas novas unidades foram sorteadas nessas regionais.

4.5 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Houve dupla digitação para os dados do questionário para validação no banco de dados, para a qual foi utilizado o programa Microsoft Office Excel versão 2015.

Segundo o modelo de Likert, para cada afirmação acerca das práticas de atendimento no serviço, o respondente escolheu uma dentre as seguintes alternativas: com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; e não sei/não lembro. Para cada alternativa o instrumento confere uma pontuação (4, 3, 2, 1 e 0, respectivamente), cuja somatória, excetuando o 0, é transformada em escore mediante cálculos estatísticos definidos no manual do PCATool (MS, 2010b).

Os valores dos escores são padronizados para uma escala que varia de 0 a 10, sendo considerados altos escores os iguais ou superiores a 6,6 e correspondem às respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento. A padronização para a escala 0-10 é feita da seguinte forma:

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

Os dados obtidos foram agrupados, tabulados e analisados estatisticamente e apresentados através de tabelas e figuras. Os resultados foram expressos por proporções, e médias.

Com a pontuação em escala de 0 a 10, calculou-se o escore por componente e por atributo. Calculou-se o Escore Essencial considerando a somatória de atributos essenciais e seus componentes. Calculou-se o escore geral considerando todos os componentes (MS, 2010b). Foram comparados os grupos de qualidade entre as crianças < 2 anos e de 2 a 5 anos.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo obedeceu aos preceitos contidos na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 2012d) e foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso, pela Plataforma Brasil, mediante parecer número 1.632.323 (Anexo 4).

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 385 informantes cuidadores de crianças de 0 a 5 anos de idade, sendo que as mães foram a maioria (82,9%) seguidas pelos avós (9,1%). A idade média dos cuidadores foi 30,63 anos e a escolaridade prevalente foi a de 8 a 11 anos (51,9%) e 12 e mais (27,5%); somente 0,5% eram analfabetos. A ocupação foi diversa tendo em vista que cerca de 70% se distribuiu em várias ocupações; doméstica(o) foi a mais referida naquelas ocupações especificadas (16,9%) (Tabela 4). A média salarial das famílias foi de R\$ 1.290,40, sendo que oito pessoas não informaram a renda.

Tabela 4. Características sociodemográficas de cuidadores das crianças usuárias da ESF. Cuiabá, 2016.

Característica	N	%
Sexo	385	100,0
Masculino	25	6,5
Feminino	360	93,5
Nível Escolaridade	385	100,0
Nenhum	2	0,5
1 a 3 anos	10	2,6
4 a 7 anos	67	17,4
8 a 11 anos	200	52,0
12 e mais	106	27,5
Ocupação	385	100,0
Doméstico(a)	65	16,9
Funcionário(a) Público(a)	23	6,0
Comerciante	12	3,1
Estudante	11	2,9
Outros	274	71,2

Entre as crianças, pouco mais da metade (52,5%) era do sexo masculino. Cerca de 31,0% das crianças não tinham irmãos e um percentual um pouco mais elevado (36,9%) informou que a criança tinha apenas um irmão. Predominou a cor parda (67,5%), enquanto a branca representou 25,5% (Tabela 5).

Tabela 5. Características sociodemográficas das crianças usuárias da ESF. Cuiabá, 2016.

Característica	N	%
Sexo	385	100,0
Masculino	202	52,5
Feminino	183	47,5
Idade (anos)	385	100,0
< 2	151	39,2
2 a 5	234	60,8
Número de irmãos	385	100,0
0	121	31,4
1	142	36,9
2	73	19,0
3	26	6,7
4	11	2,9
5	7	1,8
6	2	0,5
7	3	0,8
Raça	385	100,0
Parda	260	67,5
Branca	98	25,5
Negra	20	5,2
Amarela	7	1,8

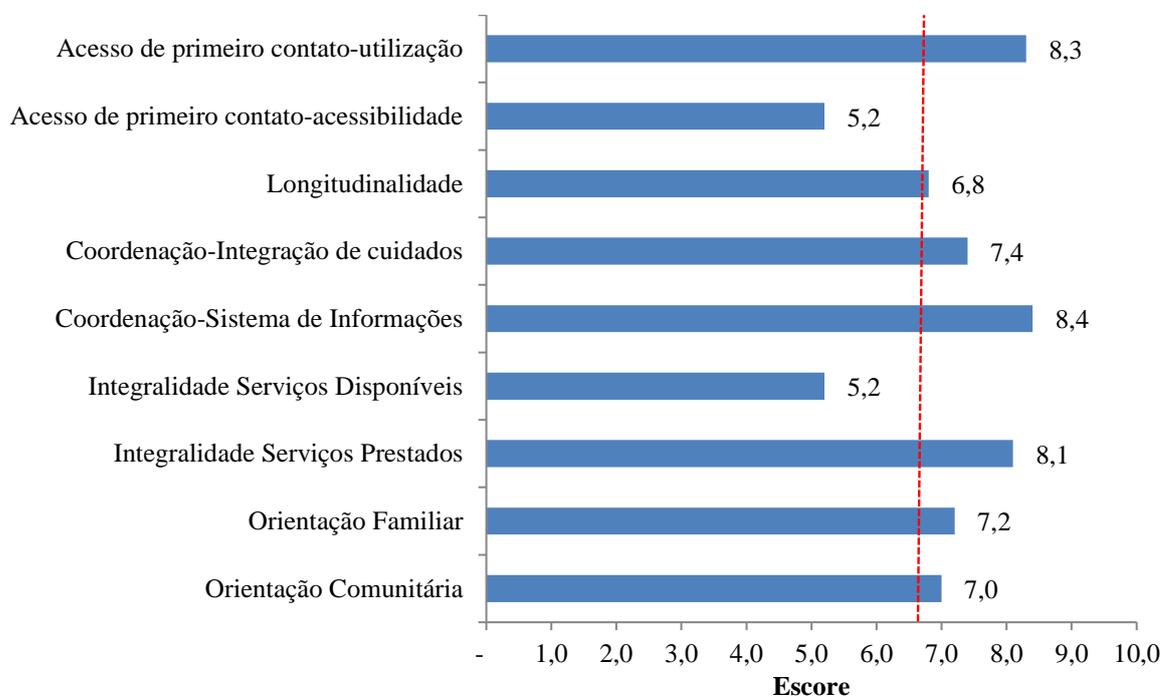
A figura 2 mostra os resultados dos escores obtidos em cada atributo nos seus respectivos componentes para o município de Cuiabá. Considerando a literatura (HARZHEIM et al., 2013) os valores de escores maiores ou iguais a 6,6 foram considerados como altos, e os menores que 6,6, foram definidos como baixos.

Observa-se que a *acessibilidade* e a integralidade quanto a *serviços disponíveis* obtiveram os menores escores com resultado 5,2. Os demais atributos e seus componentes alcançaram valor $\geq 6,6$, o que é considerado alto. O acesso quanto à *utilização*, a coordenação quanto a *sistema de informações* e a integralidade quanto *serviços prestados* tiveram os maiores escores com valores acima de 8,0.

São divergentes entre si os escores de qualidade dos dois componentes do atributo **acesso**: a *utilização* que avalia marcação de consulta de revisão ou de novos problemas de saúde e encaminhamento a especialistas, obteve uma boa avaliação (8,3) sendo todos os itens avaliados satisfatoriamente e os melhores foram os que relatam ser a ESF a primeira a ser procurada para consultas de rotina antes de outros serviços de saúde e o item de

encaminhamento obrigatório pela ESF ao especialista. Já a *acessibilidade*, que avalia se a criança é atendida no mesmo dia se necessário, o tempo de espera na unidade e o aconselhamento por telefone, apresentou-se com valor baixo (5,2). A maioria dos itens de avaliação deste componente foi considerada ruim pelos respondentes. O tempo de espera na unidade para ser consultado após triagem e aconselhamentos rápidos pelo telefone foram os que mais influenciaram o resultado negativo. Foram bem avaliados os itens sobre o atendimento no mesmo dia que a criança necessita, se o serviço estiver aberto, e facilidade para marcar consulta de revisão.

Figura 2. Escores dos atributos na APS. Cuiabá, 2016.



O atributo **longitudinalidade** que avalia a relação do serviço com o usuário, investiga se o cuidador se sente à vontade na consulta, se as respostas do profissional de saúde são claras, se a criança é conhecida também como pessoa e se há envolvimento e preocupação com informações sobre familiares, problemas financeiros, emprego, obteve escore 6,8. Os itens melhores avaliados foram: respostas dos profissionais de saúde de forma clara e o cuidador se sentir à vontade para relatar as preocupações e problemas da criança. Os itens piores avaliados foram a existência de esclarecimentos feitos pelo médico/enfermeiro por telefone e o conhecimento, pelo profissional de saúde, do trabalho ou emprego dos familiares da criança.

O atributo **coordenação** também possui dois componentes: *a integração de cuidados* e o *sistema de informações*. A *integração de cuidados* avalia se o serviço de saúde é que encaminha e orienta consultas com especialistas, e se há interesse sobre tal encaminhamento no retorno do usuário. Nesse componente o escore alcançado foi 7,4 sendo todos os itens satisfatórios e aproximados com melhor avaliação para o conhecimento do profissional de saúde sobre a consulta da criança com especialista ou serviço especializado. Já o componente *sistema de informações*, que obteve o escore 8,4, identifica se o usuário apresenta documentos anteriores relacionados com a saúde da criança na consulta, se o prontuário está disponível na consulta e se tem acesso a informações do seu prontuário, caso deseje. Todos os itens deste componente foram bem avaliados, com melhor pontuação para apresentação de documentos sobre a saúde da criança feita pelo cuidador.

O atributo **integralidade** também se subdivide em dois componentes: *serviços disponíveis* e *serviços prestados*. Quanto aos *serviços disponíveis*, que teve o escore baixo (5,2), o instrumento avalia se existe atendimento na unidade, como: vacinas, programa de assistência social, suplementação nutricional, orientações sobre planejamento familiar, prevenção de drogas, aconselhamento para problemas de saúde mental, orientação sobre HIV e teste, existência de pequenos procedimentos cirúrgicos, identificação de problemas visuais, no que se obteve escore baixo (5,2). Os serviços disponíveis não se aplicam necessariamente ao atendimento da criança, mas se o usuário sabe da existência deles na unidade de saúde. Somente três dos nove itens deste componente foram bem avaliados: vacinação disponível, planejamento familiar, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. Os demais seis itens foram mal avaliados sendo os piores: existência de programa de suplementação alimentar, sutura de um corte que necessite de pontos, identificação de problemas visuais. Observou-se que em nenhuma unidade de ESF é feita sutura de corte, a criança é encaminhada às policlínicas ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que são as responsáveis por este procedimento em Cuiabá.

O componente da integralidade *serviços prestados*, que alcançou escore 8,1, identifica se o usuário obtém orientações para manter sua criança saudável, higiene, sono, segurança no lar, prevenção de acidentes, orientação sobre desenvolvimento neuropsicomotor adequado, abordagem comportamental. Todos os itens foram bem avaliados e aproximados sendo que a pontuação maior foi para a orientação sobre como manter a criança saudável, boa higiene e sono adequado.

O atributo **orientação familiar** obteve escore 7,2 e avalia se o médico/enfermeiro consideram as opiniões do usuário sobre o tratamento da criança, se investigam se há problemas de saúde dos familiares ou se reuniriam com outros membros da família caso o usuário achasse necessário. Todos os itens foram bem avaliados com melhor pontuação para o que pergunta se o profissional de saúde e informa sobre doenças ou problemas que eventualmente existam na família da criança.

O atributo **orientação comunitária** pesquisa se o serviço de saúde faz visitas domiciliares, se conhece os problemas ou faz pesquisa de saúde na comunidade. Avalia, também, se o serviço convida a comunidade para participação nos conselhos locais de saúde. Esse atributo apresentou escore 7,0. Os itens satisfatórios foram: visitas domiciliares feitas pelos profissionais de saúde, conhecimento dos profissionais a respeito dos problemas de saúde da vizinhança e pesquisas de saúde na comunidade. O item que investiga se os serviços convidam a comunidade para participar dos conselhos locais de saúde foi mal avaliado.

O Escore Geral da APS, que mede o grau de orientação para a atenção primária, é composto pelo conjunto dos escores de todos os componentes que integram os atributos essenciais e atributos derivados, enquanto o Escore Essencial é composto somente pelos escores dos componentes que constituem os atributos essenciais.

Conforme se observa na tabela 6, os dois escores tiveram valor 7,1, o que reflete uma boa avaliação pelos participantes da pesquisa.

Tabela 6. Escore Essencial e Geral da APS. Cuiabá-MT, 2016.

Escore Essencial e Geral da APS	
Escore Essencial	7,1
Escore Geral	7,1

No entanto, há alguns atributos, como o **acesso** no seu componente *acessibilidade* e o atributo **integralidade** no seu componente *serviços prestados*, que ficaram com escores insatisfatórios (5,2), como verificado na figura 2.

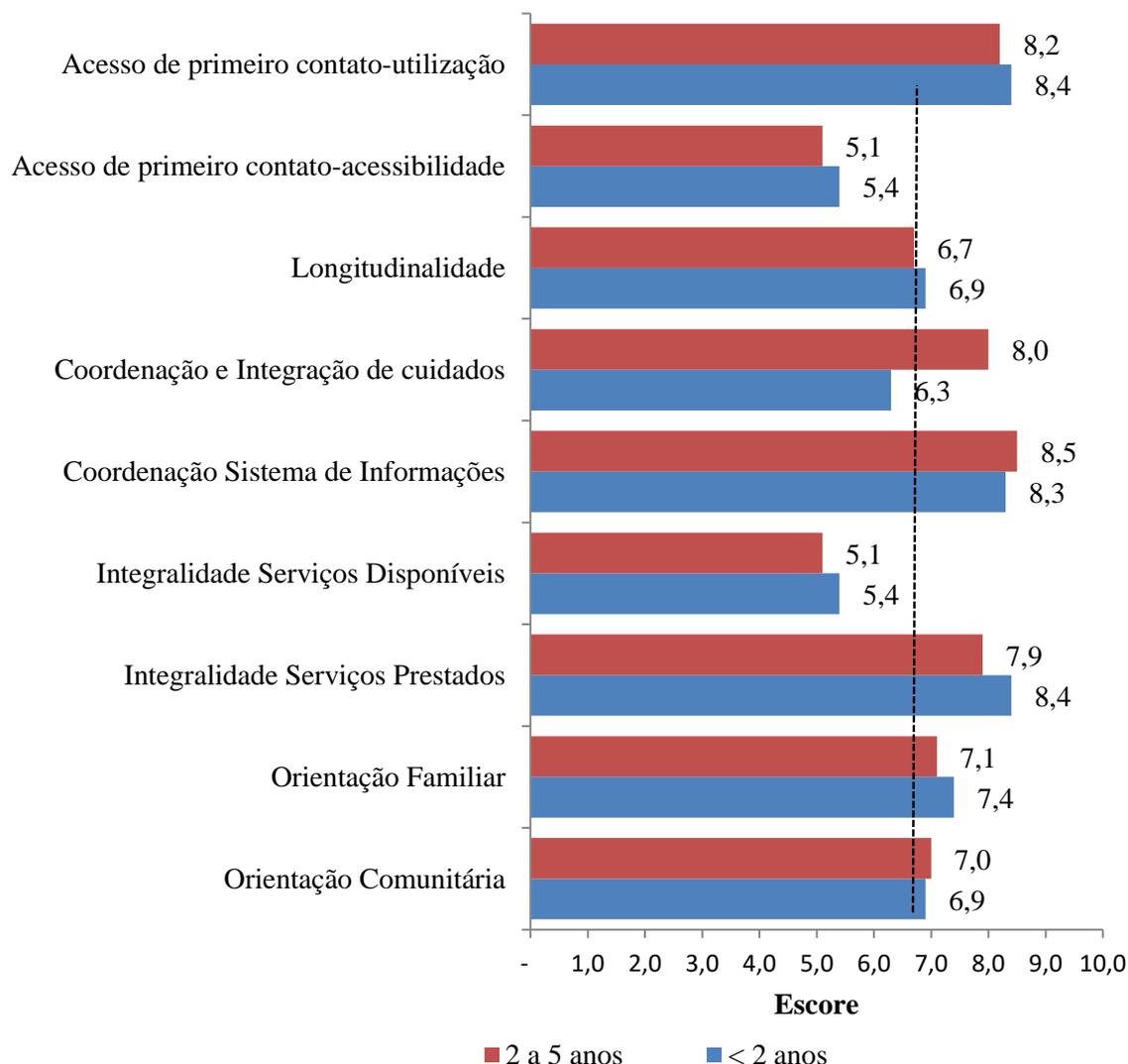
A figura 3 apresenta os escores dos atributos da APS e seus respectivos componentes de forma estratificada pelas faixas etárias < 2 anos e de 2 a 5 anos de idade, no município de Cuiabá.

Excetuando-se o atributo **coordenação** e integração do cuidado, manteve-se nos dois extratos desagregados a mesma situação observada para o conjunto de crianças menores de 5 anos, ainda que com variações, conforme o atributo.

Foi boa a avaliação do atributo **acesso**, no componente *utilização*, sendo os escores 8,4 encontrados na faixa etária < 2 anos, e 8,2 na faixa etária de 2 a 5 anos. Na faixa etária < 2 anos foram bem avaliados todos os itens que compõem o componente *utilização* sendo o melhor o que informa sobre atendimento à criança quando esta necessita de consulta de revisão/rotina e se o cuidador se dirige à ESF antes de ir a outros serviços. Na faixa etária de 2 a 5 anos este item também foi o melhor avaliado. O componente *acessibilidade*, do atributo acesso, obteve baixos escores nas duas faixas etárias, sendo menor na faixa de 2 a 5 anos (5,1) que na de < 2 anos (5,4). Para este componente, na faixa etária de < 2 anos somente dois, de seis itens, foram bem avaliados: o que informa se a criança é atendida no mesmo dia, quando doente, estando o serviço aberto; também o item que informa se é fácil marcar hora para consulta de revisão/rotina. Os demais itens foram mal avaliados, sendo os piores: avaliação do tempo de espera na unidade após passar pela triagem e aconselhamento por telefone, se preciso. Para a faixa etária de 2 a 5 anos, relacionada à acessibilidade, somente um item foi bem avaliado: o que se refere à fácil marcação de consulta de revisão/rotina. Os demais itens foram mal avaliados; os piores foram: tempo de espera do cuidador na unidade após passar pela triagem e aconselhamento, através do telefone, feito pelo serviço.

A **longitudinalidade** obteve bons escores nas duas faixas etárias, sendo 6,9 para < 2 anos e 6,7 para 2 a 5 anos. Para a faixa etária de < 2 anos, os itens melhor avaliados foram: respostas pelo profissional que sejam inteligíveis para o cuidador, tempo suficiente e se o cuidador se sente à vontade ao falar das preocupações ou problemas relacionados com a sua criança. Os itens piores avaliados foram: esclarecimentos feitos pelo médico/enfermeiro através do telefone e conhecimento do emprego dos familiares da criança pelo médico/enfermeiro. Para a faixa etária de 2 a 5 anos, os itens melhor avaliados da **longitudinalidade** foram: entendimento e respostas inteligíveis do profissional de saúde para o cuidador, tempo suficiente e se o cuidador se sente à vontade ao falar das preocupações ou problemas relacionados com a sua criança. As piores avaliações foram para os itens: esclarecimentos feitos pelo médico/enfermeiro através do telefone e conhecimento do emprego dos familiares da criança pelo médico/enfermeiro.

Figura 3. Escores dos atributos por faixa etária. Cuiabá-MT, 2016.



A **coordenação**, no seu componente *integração de cuidados*, obteve baixo escore na faixa etária de < 2 anos (6,3) e bom escore na faixa etária de 2 a 5 anos (8,0). Para a faixa etária de < 2 anos, o único item bem avaliado, dos quatro que compõem a *integração de cuidados*, foi o conhecimento do profissional de saúde a respeito da consulta da criança com o especialista ou serviço especializado. Os demais itens foram insatisfatórios, sendo o pior deles o que investiga se o profissional de saúde conversou com o cuidador sobre o que aconteceu durante a consulta com o especialista após esta ter ocorrido. Para a faixa etária de 2 a 5 anos, todos os itens do componente *integração de cuidados* foram bem avaliados, sendo a melhor pontuação no conhecimento do profissional de saúde a respeito da consulta da criança com o especialista ou serviço especializado.

O componente *sistema de informações*, do mesmo atributo **coordenação**, obteve altos valores para os escores de ambas as faixas etárias de < 2 anos (8,3) e de 2 a 5 anos (8,5) e todos os itens foram bem avaliados, sendo o melhor a apresentação de registros de saúde progressos da criança. Observou-se que os cuidadores sempre levam a caderneta da criança à consulta.

Para o atributo **integralidade**, no componente *serviços disponíveis* foram baixos os escores tanto para < 2 anos (5,4) quanto para 2 a 5 anos (5,1). Para ambas as faixas etárias, a maioria dos itens foi mal avaliada, sendo os piores: sutura de um corte que necessite de pontos, programa de suplementação nutricional, identificação de problemas visuais. Para a faixa etária de < 2 anos foram bons somente os itens: vacinas, planejamento familiar/métodos anticoncepcionais e aconselhamento, solicitação de testes anti-HIV. Para a faixa etária de 2 a 5 anos foram bons somente os itens: vacinas, planejamento familiar/métodos anticoncepcionais.

Para o atributo **integralidade**, o componente *serviços prestados* foi bem avaliado, com bons escores para as duas faixas etárias, sendo maior para < 2 anos (8,4) que para a faixa de 2 a 5 anos (7,9). Para ambas as faixas etárias, todos os itens foram bem avaliados; a melhor pontuação foi a existência de orientação para manter a criança saudável como: alimentação, higiene e sono adequado. O item com menor pontuação, para ambas, foi a orientação dos problemas comportamentais da criança.

Para o atributo **orientação familiar**, foram bons os escores em ambas as faixas etárias: 7,4 para < 2 anos e 7,1 para 2 a 5 anos. Para a faixa etária < 2 anos, todos os itens foram bem avaliados, sendo o melhor: informações solicitadas pelo profissional a respeito de doenças ou problemas na família da criança. Para a faixa etária de 2 a 5 anos este último também foi o item melhor avaliado. Já os itens que avaliam se o médico/enfermeiro solicitam opiniões sobre cuidados e tratamento da criança ou se os profissionais se reuniriam com membros da família, caso o cuidador achasse necessário, foram mal avaliados nesta faixa etária.

Para o atributo **orientação comunitária**, foram bons os escores nas duas faixas etárias: dos < 2 anos (6,9); e na de 2 a 5 anos (7,0). Para ambas as faixas etárias, o item melhor avaliado foi a existência de visitas domiciliares feitas pelos profissionais de saúde. Foi insatisfatório, para ambas as faixas etárias, o item que avalia se são feitos convites pelos profissionais/serviço de saúde para os membros da família participarem de conselhos locais de saúde.

Pelo número de atributos em que um extrato etário supera o outro, poderia se inferir que a avaliação da atenção básica foi melhor para o grupo etário menor de 2 anos, já que apresentou valores de escores superiores em quatro atributos quando comparados aos da faixa etária de 2 a 5 anos. A avaliação no grupo de menores de 2 anos foi melhor nos atributos **acesso**, **longitudinalidade**, **integralidade** e **orientação familiar**, enquanto que para o grupo de 2 a 5 anos os atributos **coordenação** e **orientação comunitária** foram melhor avaliados. No entanto, para a maioria dos atributos os escores são muito próximos e quando se verifica a média desses escores, dada pelos escores geral e essencial, nota-se que o grupo etário de 2 a 5 anos obteve valor pouco superior ao do grupo de menores de 2 anos (Tabela 7). Tanto o escore Essencial quanto o Geral foram bons e similares nas duas faixas etárias.

Tabela 7. Escores Essencial e Geral, segundo faixa etária. Cuiabá-MT, 2016.

Escore	Faixa etária	
	<2a	2 a 5a
Essencial	7,0	7,1
Geral	7,0	7,1

Os resultados dos escores das quatro regionais do município de Cuiabá: Leste, Sul, Norte e Oeste, são apresentados na figura 4.

Diferentemente dos estratos etários, a desagregação por Regional de Saúde evidencia diferenças territoriais importantes na avaliação da APS, já que somente para três atributos observam-se escores superiores a 6,6 em todas as quatro regionais.

O componente *utilização*, do atributo **acesso**, obteve escore alto, com valores acima de 6,6 em todas as Regionais, destacando-se a Regional Oeste como maior valor (8,7), seguido pela Regional Sul (8,3), Leste (8,2) e Norte (8,0). Já o componente *acessibilidade*, do mesmo atributo **acesso**, obteve escore baixo em todas as regionais sendo que a Regional Oeste obteve o menor valor (4,7), seguido pela Leste (5,1), Sul (5,3) e Norte (5,4). Evidencia-se através da avaliação destas duas subdimensões que o usuário pode ter o acesso garantido na rede pública, mas não é adequadamente atendido com relação a suas necessidades de saúde.

Para o atributo **longitudinalidade** os escores foram altos para as Regionais Oeste (7,7) e Sul (7,2), enquanto que as Regionais Leste e Norte apresentaram escores baixos 6,5 e 6,1 respectivamente, mostrando que em metade das regionais, a relação interpessoal profissional de saúde-usuário está presente e é forte.

O atributo **coordenação**, na sua subdimensão *integração de cuidados*, obteve boa avaliação em três regionais. A Regional Leste apresentou o melhor escore (8,0) seguida pelas regionais Norte (7,6) e Sul (7,1), enquanto a Regional Oeste obteve escore baixo(6,1), revelando uma má avaliação para esse componente. Na maioria delas, portanto, os serviços encaminham a criança para outros serviços especializados fora da APS, preocupam-se com este atendimento e coordenam o itinerário do usuário.

Quanto ao componente *sistema de informações*, ainda referente ao atributo **coordenação**, obteve valores superiores a 6,6 em todas as regionais, sendo os mais elevados observados na Regional Oeste (9,6) e nas regiões Leste e Sul, ambas com o mesmo escore (8,5); a Regional Norte obteve o menor escore (7,7) dentre as quatro regionais. Esse resultado sugere que o usuário apresenta registros de saúde progressos quando vai aos serviços de saúde e tem fácil acesso ao seu prontuário, se assim o desejar.

Para o atributo **integralidade**, no seu componente *serviços disponíveis*, todas as regionais apresentaram escores baixos, exceto na Regional Oeste (7,4). O pior escore foi observado na Regional Sul (4,7). Os baixos valores encontrados em três regionais (Norte, Sul, Leste) mostram que os participantes da pesquisa não observam, nas unidades de saúde, a oferta dos serviços como: aconselhamento para problemas de saúde mental, aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas; identificação de problemas visuais, programa de suplementação nutricional e outros.

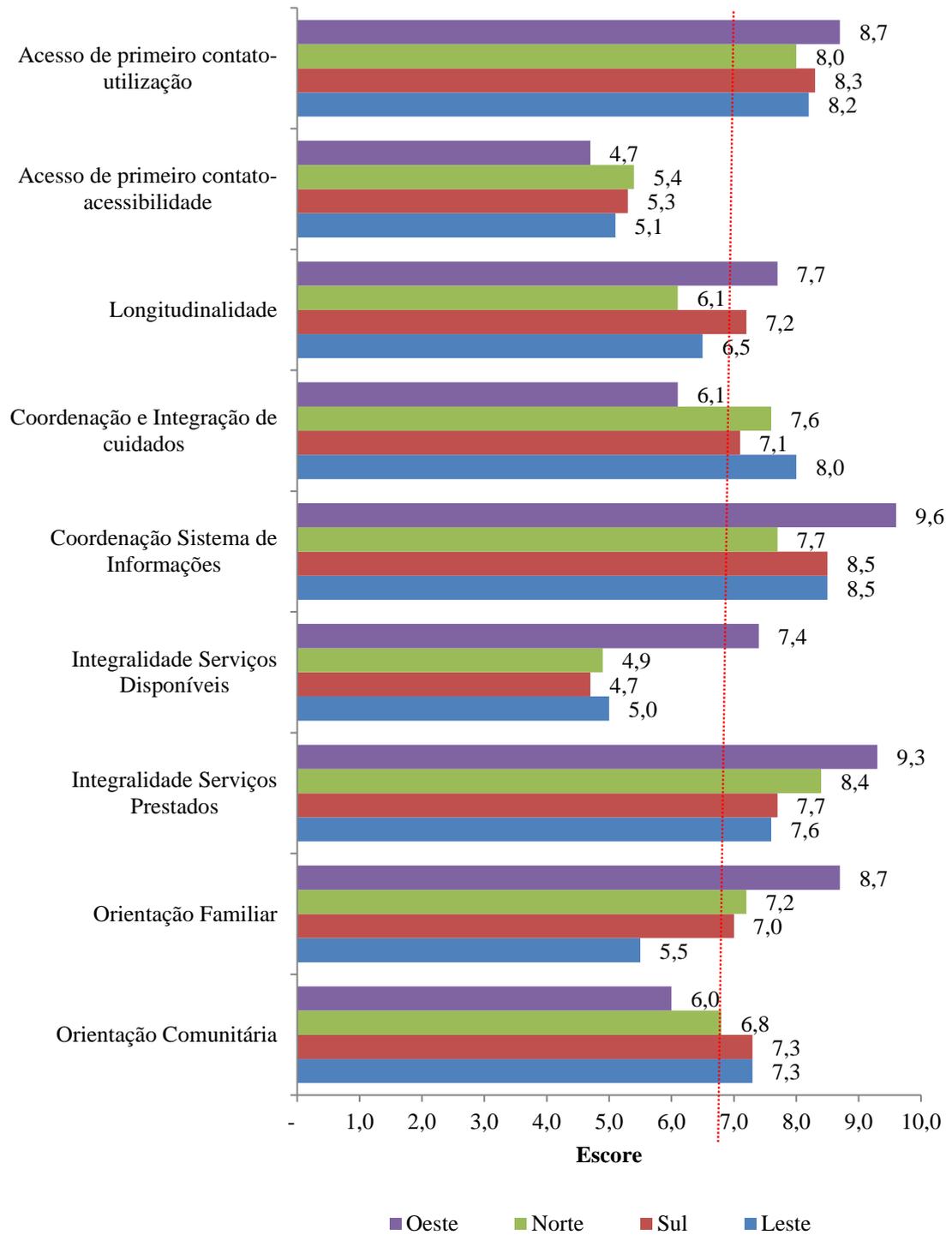
Ainda referente à **integralidade**, quanto aos *serviços prestados*, a Regional Oeste destaca-se novamente com escore mais elevado (9,3). No entanto, as outras três regionais também apresentam bons escores: Norte (8,4), Sul (7,7) e Leste (7,6). Os escores altos evidenciam que existe um trabalho adequado desenvolvido pelos profissionais de saúde na APS com relação a orientações, prevenção e acompanhamento neuropsicomotor das crianças nas unidades.

O atributo **orientação familiar** obteve escores satisfatórios em três regionais: Oeste (8,7); Norte (7,2) e Sul (7,0), sendo novamente a Regional Oeste a que melhor se apresentou. Já a Regional Leste, com relação a este atributo, obteve escore baixo (6,5). A boa pontuação dos escores, na maioria das regionais, reflete que as unidades de saúde da APS consideram importante a atenção centrada na família e que os serviços consideram problemas e doenças familiares que podem influenciar a saúde, as patologias e o seu tratamento na infância.

O atributo **orientação comunitária** obteve boa avaliação nas regionais: Leste e Sul, ambas com escore 7,3 e Norte (6,8). Na Regional Oeste o escore foi insatisfatório (6,0). Os

escores mostraram que, na maioria das regionais, os serviços da APS conhecem os problemas de saúde da comunidade através de dados epidemiológicos ou das visitas domiciliares.

Figura 4. Escores dos atributos, segundo as Regionais de Saúde. Cuiabá-MT, 2016.



Com relação aos escores essencial e geral de cada uma das regionais, observa-se que todas as regionais obtiveram Escore Essencial acima de 6,6 (Tabela 8). A Regional Oeste apresentou a melhor avaliação com Escore Essencial (7,6) e a Norte a pior (6,9). Para as regionais Leste e Sul o escore encontrado foi 7,0.

Os escores gerais, no conjunto, também foram satisfatórios, sendo o da Regional Oeste o mais elevado (7,9), seguidos pelas regionais Leste e Sul, ambas com 7,0 e Norte (6,9).

Tabela 8. Escore Essencial e Escore Geral, segundo as Regionais de Saúde. Cuiabá-MT, 2016.

Escore	Regionais			
	Leste	Sul	Norte	Oeste
Essencial	7,0	7,0	6,9	7,6
Geral	7,0	7,0	6,9	7,9

Se considerarmos, no entanto, individualmente, alguns atributos deixaram a desejar como o atributo **acesso** no seu componente *acessibilidade*, que obteve escores baixos em todas as regionais; também o atributo **integralidade** no seu componente *serviços disponíveis* que obteve boa pontuação somente na Regional Oeste e mesmo o atributo **longitudinalidade**, com escore baixo em duas regionais (Figura 4).

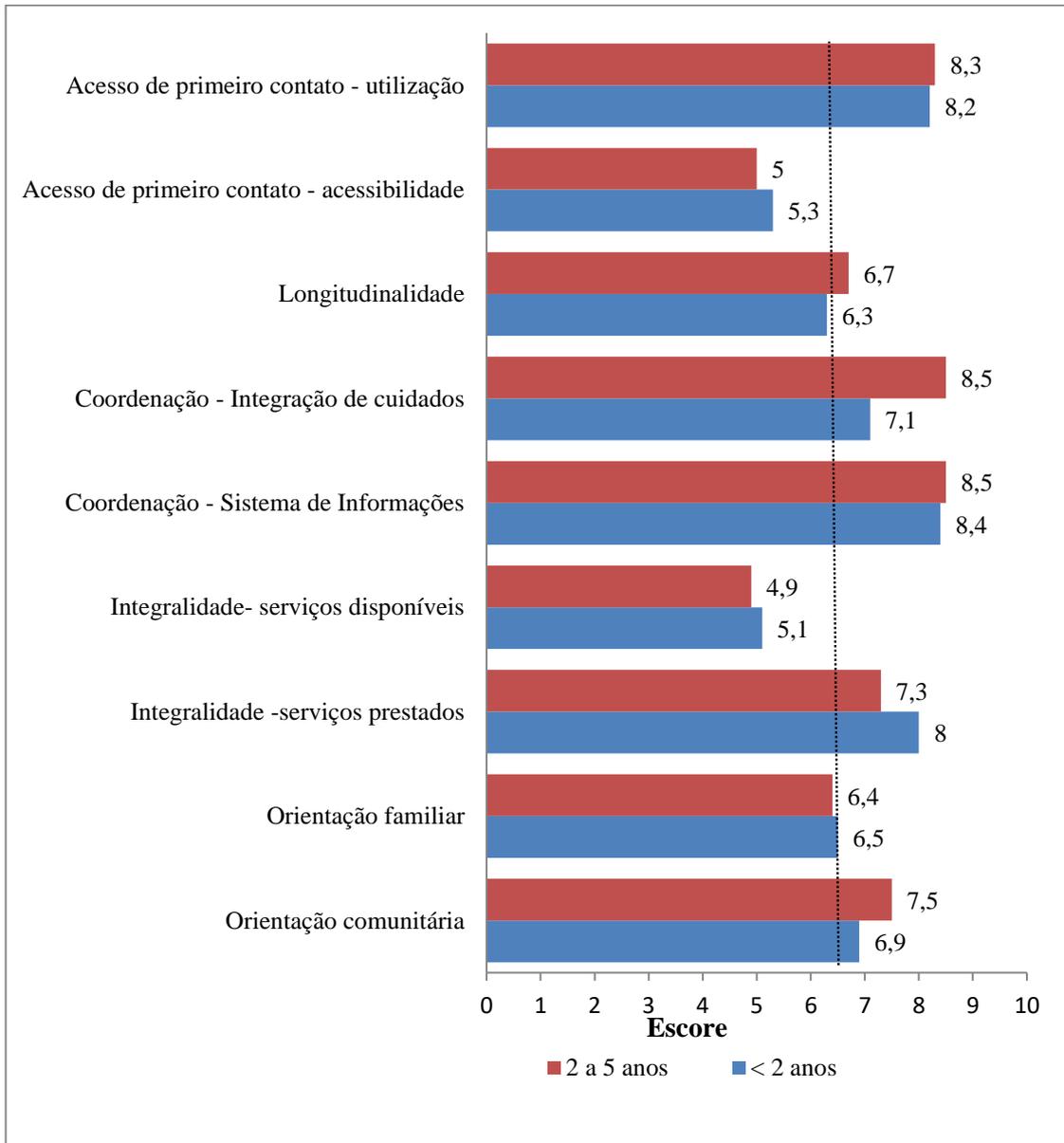
Os escores dos atributos, estratificados pelas quatro regionais de saúde no município de Cuiabá: Leste, Sul, Norte, Oeste e por faixa etária, são apresentados nas figuras 5 a 8.

Regional Leste

A figura 5 mostra os escores dos atributos para a Regional Leste. O componente *utilização*, do atributo **acesso de primeiro contato**, obteve bons escores e foram próximos nas duas faixas etárias: < 2 anos (8,2) e 2 a 5 anos (8,3). Todos os itens, em ambas as faixas etárias, foram bem avaliados, sendo o melhor o que informa sobre atendimento à criança quando esta necessita de consulta de revisão/rotina e o cuidador se dirige à ESF antes de ir a outros serviços. Para a faixa etária < 2 anos o item com menor pontuação foi para encaminhamento da criança ao especialista, sendo encaminhada obrigatoriamente pelo

serviço. Para a faixa etária de 2 a 5 anos a menor pontuação ficou para o item: consulta da criança quando há novos problemas de saúde à ESF antes de ir a outros serviços.

Figura 5. Escores dos atributos por faixa etária. Regional Leste. Cuiabá, 2016.



O componente *acessibilidade*, do atributo **acesso**, obteve os escores 5,3 para a faixa etária < 2 anos e 5,0 para 2 a 5 anos. Os baixos valores observados para este componente acompanharam o padrão geral de avaliação insatisfatória da *acessibilidade* para o município de Cuiabá (5,2). Para ambas as faixas etárias a avaliação da maioria dos itens foi ruim. Os piores itens foram: tempo de espera do cuidador na unidade após a triagem e aconselhamento rápido através do telefone. Para a faixa etária < 2 anos foram bons os

itens: atendimento no mesmo dia que a criança necessita, se o serviço estiver aberto, e facilidade para marcar consulta de revisão/rotina. Para a faixa etária de 2 a 5 anos foi boa a avaliação do item: atendimento no mesmo dia que a criança necessita, se o serviço estiver aberto.

O atributo **longitudinalidade** obteve escore insatisfatório para a faixa etária de < 2 anos (6,3) e, apesar de considerado bom, o escore 6,7 alcançado para a faixa de 2 a 5 anos está no limite do valor aceitável e apresentou valores inferiores aos de Cuiabá (6,8). Para ambas as faixas etárias, os itens piores avaliados foram: esclarecimentos feitos pelo médico/enfermeiro através do telefone e conhecimento pelo profissional de saúde sobre o trabalho ou emprego dos familiares da criança. Para a faixa < 2 anos os itens melhores avaliados foram: entendimento sobre questionamentos do cuidador e respostas inteligíveis do profissional de saúde. Para a faixa etária de 2 a 5 anos os itens melhor avaliados foram: respostas inteligíveis do profissional de saúde e tempo suficiente para o cuidador falar sobre preocupações ou problemas da sua criança.

O atributo **coordenação**, no seu componente *integração de cuidados*, obteve bons escores em ambas as faixas etárias: < 2 anos (7,1) e superior a este na faixa de 2 a 5 anos (8,5), sendo esse último superior ao observado para o município. Para a faixa etária de < 2 anos, a avaliação da maioria dos itens foi satisfatória e com valores aproximados; foi insatisfatória a avaliação do conhecimento do médico/enfermeiro sobre os resultados da consulta especializada. Para a faixa etária de 2 a 5 anos, todos os itens tiveram avaliação satisfatória, sendo o melhor o conhecimento do médico/enfermeiro sobre a realização da consulta especializada da criança.

Para o componente *sistema de informações*, do mesmo atributo **coordenação**, os escores foram bons e similares em ambas as faixas etárias: < 2 anos (8,4) e 2 a 5 anos (8,5). Todos os itens foram bem avaliados, sendo o de melhor pontuação, em ambas as faixas, a apresentação de documentos sobre a saúde da criança feita pelo cuidador.

O componente *serviços disponíveis*, do atributo **integralidade**, obteve valores insatisfatórios e aproximados entre as faixas etárias: < 2 anos (5,1) e 2 a 5 anos (4,9). Os resultados acompanharam os escores insatisfatórios para este componente no município de Cuiabá (5,2). A maioria dos itens foi mal avaliada nas duas faixas etárias, sendo os piores: programa de suplementação nutricional, sutura de um corte que necessite de pontos e identificação de problemas visuais. Os itens melhor avaliados foram: vacinas e planejamento familiar/métodos anticoncepcionais.

Para o mesmo atributo **integralidade**, no seu componente *serviços prestados*, os escores foram bons em ambas as faixas etárias: < 2 anos (8,0) sendo um pouco superior do que na faixa etária de 2 a 5 anos (7,3). Para a faixa etária < 2 anos, todos os itens foram bem avaliados, sendo o melhor a orientação sobre como manter a criança saudável, boa higiene e sono adequado. Para a faixa etária de 2 a 5 anos alguns itens não obtiveram pontuação satisfatória, sendo o pior: orientação sobre maneiras de lidar com os problemas comportamentais da criança.

Para o atributo **orientação familiar**, os escores ficaram abaixo de 6,6; portanto, considerados baixos e com valores inferiores aos encontrados para Cuiabá (7,2). Foram limítrofes à nota de corte e similares entre si: < 2 anos (6,5) e 2 a 5 anos (6,4). A maioria dos itens foi mal avaliada em ambas as faixas etárias: consideração das opiniões do cuidador pelo médico/enfermeiro sobre o tratamento da criança; reuniões com outros membros da família caso o cuidador achasse necessário. O único item bem avaliado, em ambas as faixas etárias, foi a solicitação de informações feitas pelos profissionais de saúde sobre doenças ou problemas que existam na família da criança.

O atributo **orientação comunitária** obteve escores satisfatórios em ambas as faixas etárias: < 2 anos (6,9) sendo este pouco superior na faixa de 2 a 5 anos (7,5). A maioria dos itens foi bem avaliada nas duas faixas etárias. O item melhor avaliado foi a existência de visitas domiciliares feitas pelos profissionais de saúde. A pontuação foi insatisfatória, para as duas faixas etárias, do item que avalia se são feitos convites pelos profissionais/serviço de saúde para os membros da família participarem de conselhos locais de saúde

Os escores dos atributos **essencial** e **geral** para a Regional Leste são apresentados na tabela 9. Observam-se bons escores tanto para essencial quanto geral na faixa etária < 2 anos (6,9); estes dois escores também foram satisfatórios e iguais na faixa etária de 2 a 5 anos (7,0). Os valores dessa Regional são discretamente inferiores aos escores de Cuiabá.

Tabela 9. Escore Essencial e Geral por faixa etária da Regional Leste, Cuiabá-MT, 2016.

Escore	Faixa etária (anos)	
	<2	2 a 5
Essencial	6,9	7,0
Geral	6,9	7,0

Regional Sul

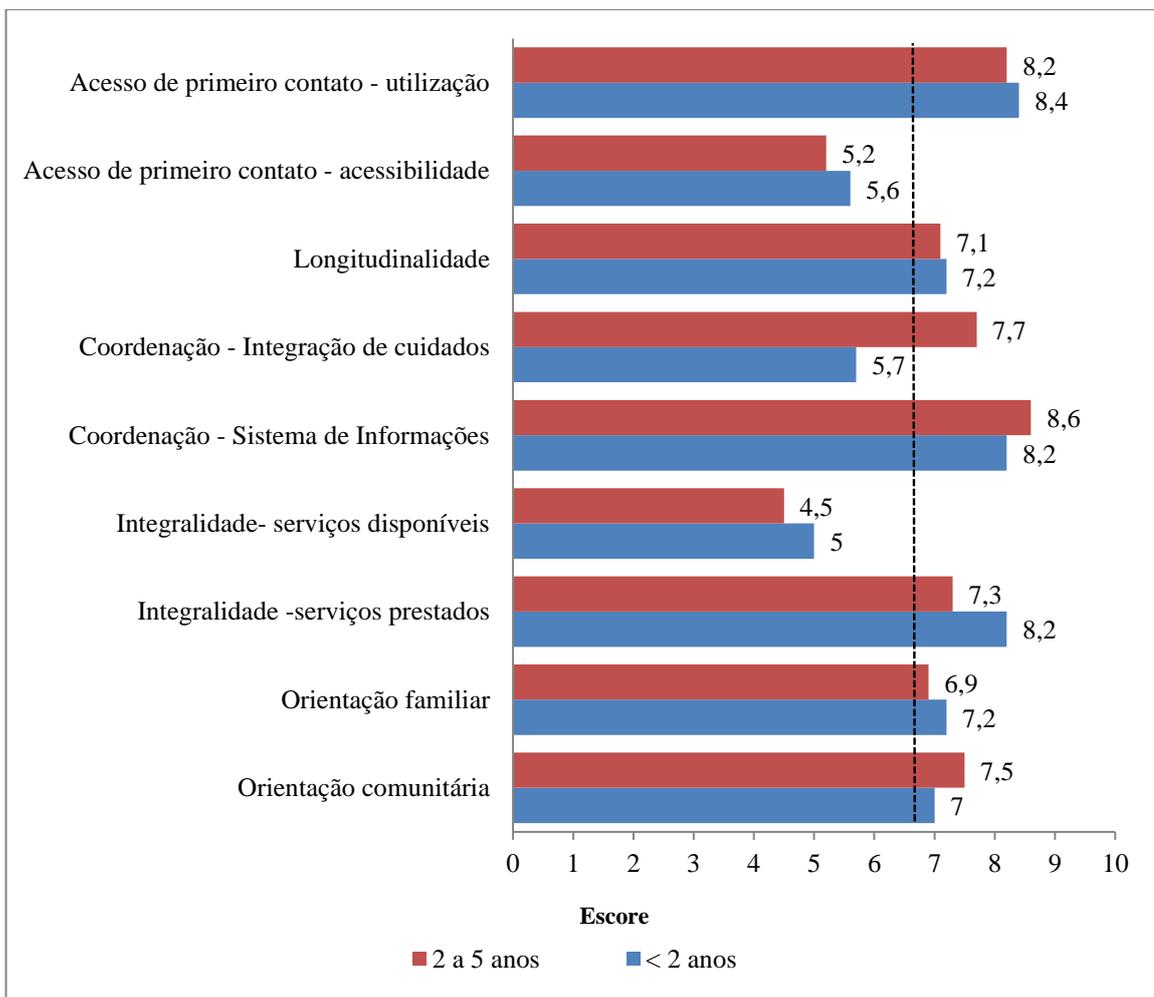
Conforme evidenciado na figura 6, a Regional Sul obteve bons escores para o atributo **acesso de primeiro contato**, no seu componente *utilização*. Os escores foram

similares e iguais aos encontrados para Cuiabá: 8,4 para a faixa etária < 2 anos e 8,2 para 2 a 5 anos. Todos os itens foram bem avaliados nas duas faixas etárias, sendo o melhor o atendimento à criança quando ela necessita de consulta de revisão/rotina e o cuidador se dirige à ESF antes de ir a outros serviços.

O componente *acessibilidade*, do atributo **acesso**, obteve escores baixos nas duas faixas etárias: < 2 anos (5,6) e um pouco inferior na faixa de 2 a 5 anos (5,2). Foram insatisfatórios e semelhantes aos escores deste componente no município de Cuiabá. A maioria dos itens foi mal avaliada nas duas faixas etárias. Os piores foram o tempo de espera do cuidador na unidade após a triagem e o aconselhamento rápido através do telefone.

Para a faixa etária de < 2 anos foram satisfatórios os itens: atendimento no mesmo dia que a criança necessita, se o serviço estiver aberto, e facilidade para marcar consulta de revisão/rotina. Para a faixa etária de 2 a 5 anos foi satisfatório somente o item facilidade para marcar consulta de revisão/rotina.

Figura 6. Escores dos atributos por faixa etária. Regional Sul, Cuiabá-MT, 2016.



O atributo **longitudinalidade** para a Regional Sul obteve escores satisfatórios e similares para as faixas etárias < 2 anos (7,2) e 2 a 5 anos (7,1). Ambos foram superiores aos encontrados em Cuiabá (6,8). Para a faixa etária < 2 anos, os melhores itens foram: criança é avaliada sempre pelo mesmo médico/enfermeiro; cuidador se sente à vontade para falar sobre preocupações e problemas da criança, o profissional de saúde conhece a criança como pessoa. Para a faixa etária de 2 a 5 anos, os melhores itens foram: cuidador se sente à vontade para falar das preocupações ou problemas da criança, respostas inteligíveis do profissional de saúde e tempo suficiente para o cuidador falar. Os piores itens, para as duas faixas etárias foram: esclarecimentos feitos pelo médico/enfermeiro através do telefone e conhecimento pelo profissional de saúde sobre o trabalho ou emprego dos familiares da criança.

O atributo **coordenação**, no seu componente *integração de cuidados*, obteve escore insatisfatório na faixa etária < 2 anos (5,7) e bom escore na faixa de 2 a 5 anos (7,7). Para a faixa etária < 2 anos somente um item, dos quatro avaliados, foi satisfatório: médico/enfermeiro tem conhecimento que a criança fez consulta em serviço especializado. O pior avaliado foi: encaminhamento/sugestão pelo serviço de saúde ao especialista ou serviço especializado. Para a faixa etária de 2 a 5 anos todos os itens foram bem avaliados com melhor pontuação para: médico/enfermeiro tem conhecimento que a criança fez consulta em serviço especializado.

O componente *sistema de informação*, do atributo **coordenação**, obteve bons escores em ambas as faixas etárias: < 2 anos (8,2); sendo pouco superior na faixa etária de 2 a 5 anos (8,6). Para a faixa etária de < 2 anos o item consulta ao prontuário pelo cuidador foi insatisfatório. Para a faixa etária de 2 a 5 anos todos os itens foram satisfatórios. O item melhor avaliado nas duas faixas etárias foi: disponibilidade do prontuário na consulta.

O atributo **integralidade**, no componente *serviços disponíveis*, obteve escores insatisfatórios em ambas as faixas etárias: < 2 anos (5,0); de 2 a 5 anos (4,5) e semelhantes aos baixos escores deste componente obtidos em Cuiabá (5,2). A maioria dos itens foi insatisfatória em ambas as faixas etárias. Para a faixa etária < 2 anos foram satisfatórios somente três dos nove itens deste componente: vacinas, planejamento familiar, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. Para a faixa etária de 2 a 5 anos foram satisfatórios somente os itens vacinas e planejamento familiar. Os demais itens de ambas as faixas etárias foram mal avaliados, sendo os piores: programa de suplementação alimentar, sutura de um corte que necessite de pontos e identificação de problemas visuais.

O componente *serviços prestados* obteve bons escores nas duas faixas etárias: < 2 anos (8,2) sendo este superior ao da faixa de 2 a 5 anos (7,3); no entanto, ambos foram inferiores aos de Cuiabá. Para a faixa etária de < 2 anos todos os itens foram bem avaliados. Para a faixa etária de 2 a 5 anos foi insatisfatório o item: orientação para lidar com os problemas comportamentais da criança. Para ambas as faixas etárias o item melhor avaliado foi: orientação sobre como manter a criança saudável, boa higiene e sono adequado.

O atributo **orientação familiar** obteve bons escores e esses se mostraram com valores aproximados em ambas as faixas etárias: < 2 anos (7,2); 2 a 5 anos (6,9), sendo ambos inferiores aos de Cuiabá (7,4 e 7,1, respectivamente). Para a faixa etária de < 2 anos, o item com a pior avaliação foi: médico/enfermeiro solicitam ao cuidador opiniões sobre cuidados e tratamento da criança. Para a faixa etária de 2 a 5 anos o item com pior avaliação foi: médico/enfermeiro faria reuniões com outros membros da família caso o usuário achasse necessário. O item melhor avaliado para ambas as faixas etárias foi: solicitação de informações feitas pelos profissionais de saúde sobre doenças ou problemas que existam na família da criança.

O atributo **orientação comunitária** obteve escores satisfatórios: na faixa etária < 2 anos (7,0) e pouco superior na faixa etária 2 a 5 anos (7,5), ambos superiores aos resultados do município (6,9 e 7,0, respectivamente). A maioria dos itens foi bem avaliada nas duas faixas etárias. O item melhor avaliado foi a existência de visitas domiciliares feitas pelos profissionais de saúde. A pontuação foi insatisfatória, para ambas as faixas etárias, do item que avalia se são feitos convites pelos profissionais/serviço de saúde para os membros da família participarem de conselhos locais de saúde.

Observa-se na tabela 10 que o Escore Essencial e o Escore Geral foram iguais na faixa etária < 2 anos (6,9) e foram aproximados na faixa etária de 2 a 5 anos: escore essencial (6,9) e escore geral (7,0). Também na Regional Sul, tais escores são discretamente inferiores aos de Cuiabá.

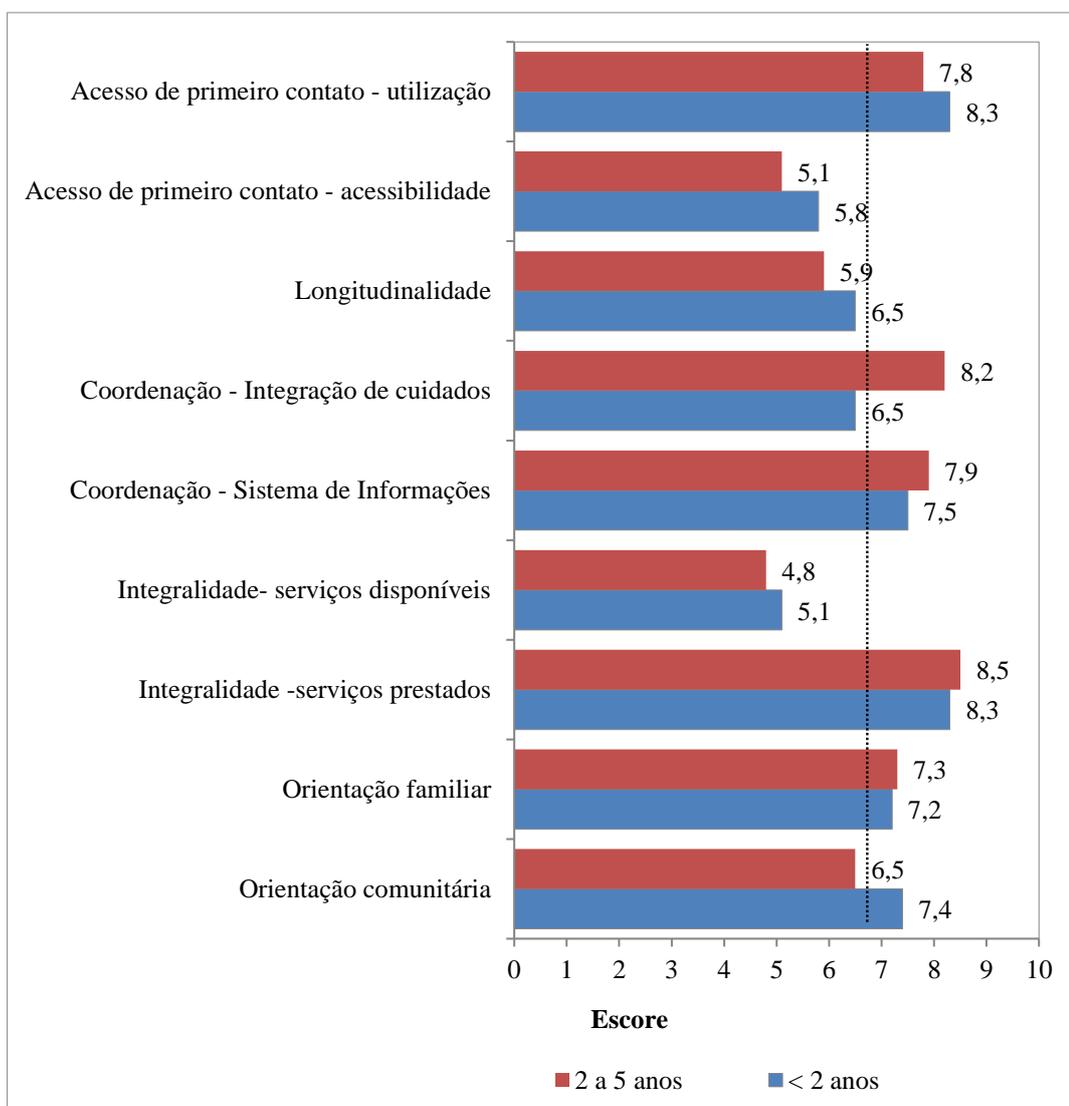
Tabela 10. Escore Essencial e Geral por faixa etária da Regional Sul, Cuiabá-MT, 2016.

Escore	Faixa etária	
	<2a	2 a 5a
Essencial	6,9	6,9
Geral	6,9	7,0

Regional Norte

A figura 7 mostra que a Regional Norte, em relação aos atributos estratificados por regional e faixa etária, obteve bons escores para o atributo **acesso de primeiro contato**, no seu componente *utilização*: faixa etária < 2 anos (8,3) e pouco inferior na faixa 2 a 5 anos (7,8). Para as duas faixas etárias houve boa avaliação de todos os itens, sendo que a melhor avaliação foi: atendimento à criança quando esta necessita de consulta de revisão/rotina e o cuidador se dirige à ESF antes de ir a outros serviços. A menor pontuação, para ambas as faixas etárias, foi para o item: encaminhamento obrigatório pela ESF ao especialista.

Figura 7. Escores dos atributos por faixa etária. Regional Norte, Cuiabá-MT, 2016.



Para o atributo **acesso**, no seu componente *acessibilidade*, os escores obtidos foram 5,8 para a faixa etária < 2 anos e 5,1 para 2 a 5 anos. Os escores insatisfatórios deste componente foram similares aos encontrados para o município de Cuiabá. A maioria dos itens a *acessibilidade* foi mal avaliada. Para ambas as faixas etárias as piores avaliações foram para os itens: tempo de espera do cuidador na unidade após a triagem e aconselhamento rápido através do telefone. Para a faixa etária < 2 anos foram satisfatórios os itens: atendimento no mesmo dia que a criança necessita, se o serviço estiver aberto, e facilidade para marcar consulta de revisão/rotina. Para a faixa etária de 2 a 5 anos foi satisfatória a facilidade para marcar consulta de revisão/rotina.

O atributo **longitudinalidade** obteve escore insatisfatório em ambas as faixas etárias, sendo limítrofe com o valor de corte na faixa < 2 anos (6,5) e inferior a este na faixa etária de 2 a 5 anos (5,9). A maioria dos itens foi mal avaliada em ambas as faixas etárias. Para a faixa etária < 2 anos, os itens piores avaliados foram: esclarecimentos feitos pelo médico/enfermeiro através do telefone, conhecimento pelo profissional de saúde sobre o trabalho ou emprego dos familiares da criança e bom conhecimento da família da criança pelo profissional de saúde. Para a faixa etária de 2 a 5 anos os itens piores avaliados foram: esclarecimentos feitos pelo médico/enfermeiro através do telefone, conhecimento pelo profissional de saúde sobre o trabalho ou emprego dos familiares da criança e conhecimento dos problemas mais importantes da família da criança pelo profissional de saúde. As melhores avaliações para ambas as faixas etárias foram: cuidador se sente à vontade para falar das preocupações ou problemas da criança, respostas inteligíveis do profissional de saúde e tempo suficiente para o cuidador falar.

O componente *integração de cuidados*, do atributo **coordenação**, revelou escore insatisfatório na faixa etária < 2 anos (6,5), mas bom na faixa de 2 a 5 anos (8,2). Para a faixa etária de < 2 anos, o item pior avaliado foi: conversação do profissional de saúde com o cuidador sobre o que aconteceu na consulta especializada. Para a faixa etária dos 2 a 5 anos, todos os itens foram satisfatórios, mas os com menor pontuação dentre eles foram: conversação sobre o que aconteceu na consulta especializada e demonstração de interesse na qualidade da consulta ou serviço especializado. Para ambas as faixas etárias o item melhor avaliado foi: conhecimento pelo profissional de saúde da realização da consulta especializada.

O componente *sistema de informações*, do mesmo atributo **coordenação**, obteve escores satisfatórios em ambas as faixas etárias: < 2 anos (7,5) e pouco superior na faixa etária de 2 a 5 anos (7,9). Para ambas as faixas etárias o item melhor avaliado

foi:apresentação de registros de saúde progressos da criança na consulta. Foi insatisfatório, em ambas as faixas etárias, o item consulta ao prontuário caso o cuidador desejasse.

O atributo **integralidade**, no seu componente *serviços disponíveis*, obteve notas insatisfatórias e aproximadas: 5,1 em < 2anos e 4,8 para 2 a 5 anos, similares também aos escores de Cuiabá. Para a faixa etária < 2 anos, os itens piores avaliados foram: programa de suplementação alimentar, sutura de um corte que necessite de pontos e identificação de problemas visuais. Para a faixa etária de 2 a 5 anos, as piores avaliações foram as mesmas da faixa etária anterior e aconselhamento ou tratamento para uso de drogas. Os melhores itens para a faixa etária de < 2 anos foram: vacinas, planejamento familiar, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. Os itens melhores avaliados pela faixa etária de 2 a 5 anos foram: vacinas, planejamento familiar.

Para o mesmo atributo **integralidade**, no seu componente *serviços prestados*, os escores foram bons e aproximados em ambas as faixas etárias: < 2 anos (8,3); 2 a 5 anos (8,5). Todos os itens de ambas as faixas etárias foram bem avaliados, com a melhor avaliação do item: orientação sobre como manter a criança saudável, boa higiene e sono adequado.

O atributo **orientação familiar** obteve bons e aproximados escores em ambas as faixas etárias: < 2 anos (7,2); 2 a 5anos (7,3). Para a faixa etária < 2 anos foram limítrofes os itens: consideração, pelo profissional de saúde, das opiniões do cuidador sobre tratamento da sua criança e médico/enfermeiro faria reuniões com outros membros da família caso o usuário achasse necessário. Para a faixa etária de 2 a 5 anos, também foi limítrofe a avaliação do item: consideração, pelo profissional de saúde, das opiniões do cuidador sobre tratamento da sua criança. O item melhor avaliado, para ambas as faixas etárias, foi: solicitação de informações feitas pelos profissionais de saúde sobre doenças ou problemas que existam na família da criança.

O atributo **orientação comunitária** obteve escore satisfatório na faixa etária < 2 anos (7,4) e insatisfatório na faixa 2 a 5 anos (6,5).Para a faixa etária < 2 anos, a maioria dos itens resultou em avaliação satisfatória, por outro lado, a maioria da avaliação dos itens na faixa de 2 a 5 anos foi insatisfatória. O item melhor avaliado nas duas faixas etárias foi a realização de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde. O item pior avaliado nas duas faixas etárias foi: convites pelos profissionais/serviço de saúde para os membros da família participarem de conselhos locais de saúde.

A tabela 11 mostra os escores dos atributos essencial e geral nas duas faixas etárias da Regional Norte. Observa-se que para a faixa etária < 2anos o Escore Essencial e o

Escore Geral obtiveram valores próximos 6,9 e 7,0 respectivamente. Na faixa etária de 2 a 5 anos, ambos apresentaram o mesmo valor (6,9). Com exceção do escore geral (< 2 anos) para o qual a Regional Norte coincide com Cuiabá, os demais são discretamente inferiores.

Tabela 11. Escore Essencial e Geral por faixa etária da Regional Norte, Cuiabá-MT, 2016.

Escore	Faixa etária (anos)	
	< 2	2 a 5a
Essencial	6,9	6,9
Geral	7,0	6,9

Regional Oeste

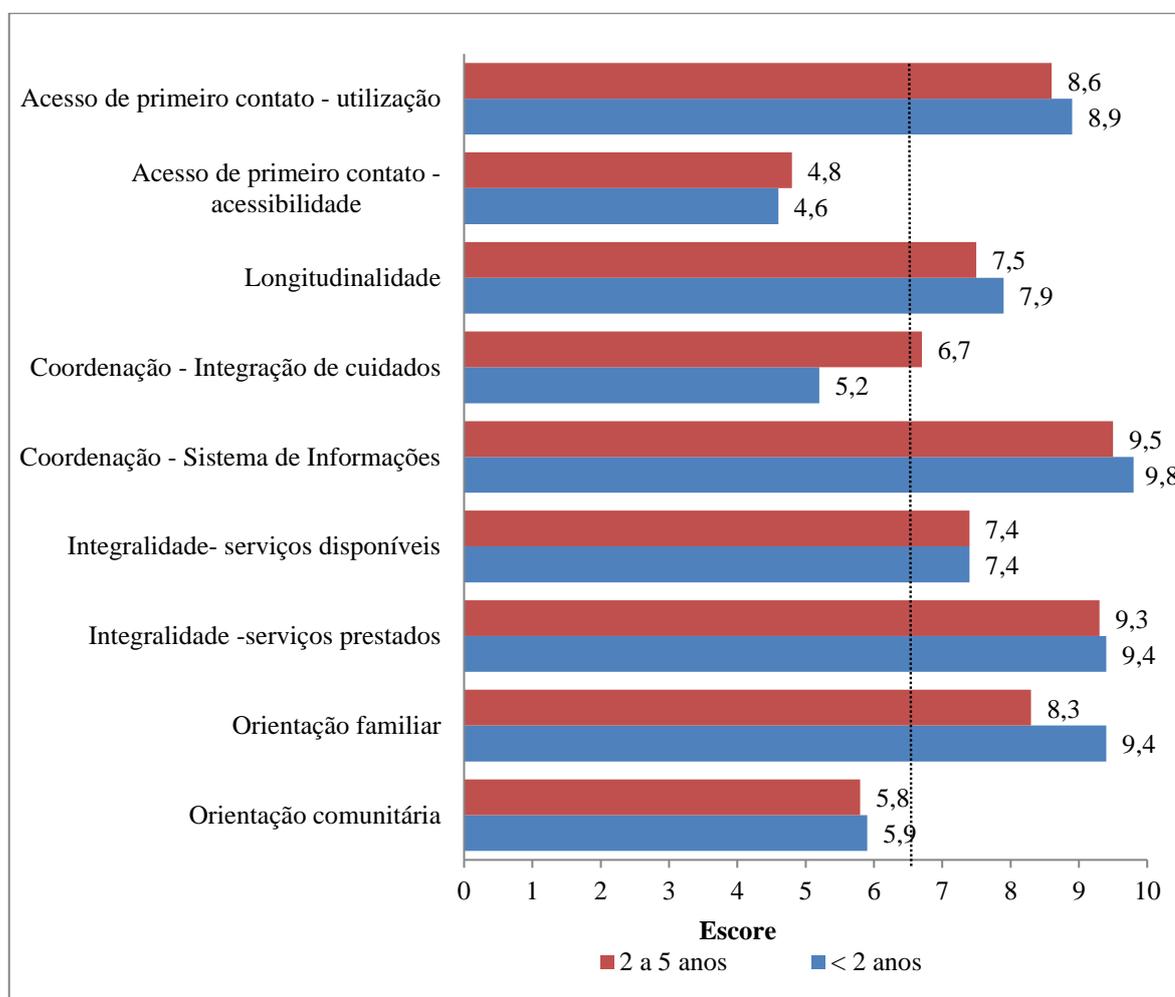
Conforme apresentado na figura 8, a Regional Oeste obteve bons escores para o componente *utilização* do atributo **acesso de primeiro contato**: 8,9 para a faixa etária < 2anos, valor pouco acima ao da faixa etária de 2 a 5 anos (8,6) e ambos superiores aos resultados de Cuiabá. O item melhor avaliado para ambas as faixas etárias foi o atendimento à criança quando esta necessita de consulta de revisão/rotina e o cuidador se dirige à ESF antes de ir a outros serviços.

O componente *acessibilidade*, do mesmo atributo **acesso**, obteve escores insatisfatórios nas duas faixas etárias e inferiores aos do município: 4,6 em < 2 anos e 4,8 na faixa de 2 a 5 anos (4,8). A maioria dos itens foi mal avaliada em ambas as faixas etárias. Os itens piores foram: tempo de espera do cuidador na unidade após a triagem e aconselhamento rápido através do telefone. O item melhor avaliado, para ambas as faixas etárias, foi: atendimento no mesmo dia que a criança necessita, se o serviço estiver aberto, e facilidade para marcar consulta de revisão/rotina.

Na Regional Oeste, o atributo **longitudinalidade** obteve escores superiores aos revelados para Cuiabá em ambas as faixas etárias: < 2anos (7,9) pouco superior ao da faixa etária de 2 a 5 anos (7,5). A maioria dos itens foi bem avaliada nas duas faixas etárias. Para a faixa etária < 2 anos, os melhores itens foram: entendimento das perguntas do cuidador pelo profissional de saúde e respostas inteligíveis; conhecimento da história clínica completa da criança. Para a faixa etária dos 2 a 5 anos os melhores itens foram: atendimento da criança pelo mesmo profissional de saúde todas as vezes, entendimento das perguntas do cuidador pelo profissional de saúde, respostas inteligíveis do profissional de saúde e tempo suficiente para o cuidador falar. Os itens piores avaliados nesta faixa etária

foram: conhecimento pelo profissional de saúde sobre o trabalho ou emprego dos familiares da criança, cuidador mudaria de serviço se houvesse facilidade de fazer.

Figura 8. Escores dos atributos por faixa etária. Regional Oeste, Cuiabá-MT, 2016.



O atributo **coordenação**, no seu componente *integração de cuidados*, obteve escore insatisfatório na faixa etária de < 2 anos (5,2) e escore limítrofe na faixa de 2 a 5 anos (6,7). Esses resultados divergem dos de Cuiabá, que apresentou escore bem mais elevado (6,3 e 8,0, respectivamente), mas também superior para o grupo de 2 a 5 anos. Para ambas as faixas etárias, a maioria dos itens foi mal avaliada. O único item bem avaliado para a faixa etária de < 2 anos foi: encaminhamento/sugestão pelo serviço de saúde para consulta ou serviço especializado. Para faixa etária de 2 a 5 anos foram bem avaliados os itens: encaminhamento/sugestão pelo serviço de saúde para consulta ou serviço especializado e conhecimento sobre a realização da consulta pelo profissional de saúde.

Para o componente *sistema de informação* do mesmo atributo **coordenação**, os escores em ambas as faixas etárias foram bons e superiores aos do município: 9,8 para a faixa etária < 2 anos e pouco inferior (9,5) para a faixa etária de 2 a 5 anos. Todos os itens foram bem avaliados, em ambas as faixas etárias, com melhor avaliação para os itens: apresentação de registros de saúde pregressos da criança e disponibilidade do prontuário na consulta.

Escore satisfatório (7,4) para ambas as faixas etárias foram encontrados para o atributo **integralidade**, no seu componente *serviços disponíveis*. Os itens melhores avaliados foram: vacinas, planejamento familiar/método anticoncepcional. O pior item avaliado, em ambas as faixas etárias, foi sutura de um corte que necessite de pontos.

Ressalta-se que a Regional Oeste, diferentemente das outras regionais e do município de Cuiabá, foi a única que obteve escores satisfatórios para o componente *serviços disponíveis* do atributo **integralidade**.

Ainda sobre o atributo **integralidade**, observou-se que o seu componente *serviços prestados* obteve bons escores e foram similares nas duas faixas etárias: < 2 anos (9,4); na faixa de 2 a 5 anos (9,3). Esses valores também se mostraram bem mais elevados que os de Cuiabá. Todos os itens foram bem avaliados em ambas as faixas etárias.

O atributo **orientação familiar** obteve bons escores em ambas as faixas etárias, sendo que o resultado para < 2 anos (9,4) foi superior ao da faixa etária de 2 a 5 anos (8,3), com valores muito mais elevados quando comparados aos de Cuiabá (7,4 e 7,1, respectivamente). Todos os itens foram bem avaliados em ambas as faixas etárias.

Por outro lado, o atributo **orientação comunitária** obteve escores insatisfatórios em ambas as faixas etárias: < 2 anos (5,9); 2 a 5 anos (5,8) e com valores inferiores aos do município de Cuiabá (6,9 e 7,0). A maioria dos itens foi mal avaliada em ambas as faixas etárias. O único item bem avaliado, em ambas as faixas etárias, foi: realização de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde.

A tabela 12 mostra os escores essencial e geral da Regional Oeste em ambas as faixas etárias. Observa-se que os dois escores foram iguais na faixa etária < 2 anos (7,6) e foram aproximados na faixa etária de 2 a 5 anos (7,7) e (7,5), respectivamente. Os escores essencial e geral da Regional Oeste foram os maiores das quatro regionais de Cuiabá, superando assim os valores globais desse município.

Tabela 12. Escores essencial e geral por faixa etária. Regional Oeste, Cuiabá-MT, 2016.

Escore	Faixa etária (anos)	
	< 2	2 a 5a
Essencial	7,6	7,7
Geral	7,6	7,5

5.1 Resultados dos atributos das Regionais de Saúde de Cuiabá

Para Cuiabá, os atributos com os escores mais baixos foram **acesso** no seu componente *acessibilidade* (5,2) e **integralidade** no componente *serviços disponíveis* (5,2), sendo esses, portanto os piores avaliados. Os demais atributos ficaram com escores acima de 6,6 considerados satisfatórios, sendo que os melhores, ou com melhor avaliação, foram **coordenação** no *sistema de informação* (8,4), **acesso de primeiro contato** quanto à *utilização* (8,3) e **integralidade** quanto aos *serviços prestados* (8,1).

A APS na Regional Leste foi pior avaliada nos atributos **integralidade** quanto aos *serviços disponíveis* (5,0), **acesso** na questão da *acessibilidade* (5,1), **orientação familiar** (5,5) e **longitudinalidade** (6,5), todos esses com valores de escores abaixo do padrão. Por outro lado, foram melhor avaliados: a **coordenação** no *sistema de informação* (8,5), o **acesso** de primeiro contato na *utilização* (8,2), a **coordenação** na *integração de cuidados* (8,0) e a **integralidade** para os *serviços prestados* (7,6).

Para a Regional Sul, os piores escores foram **integralidade** quanto aos *serviços disponíveis* (4,7) e **acesso** quanto à *acessibilidade* (5,3), sendo esses os atributos de APS que apresentaram pior avaliação nessa regional. A melhor avaliação deu-se para **coordenação** no *sistema de informação* (8,5), seguida pelo **acesso** na *utilização* (8,3) e **integralidade** nos *serviços prestados* (7,7).

A avaliação da APS na Regional Norte revelou os piores escores para os atributos **integralidade** quanto aos *serviços disponíveis* (4,9), **acesso** na *acessibilidade* (5,4) e **longitudinalidade** (6,1). De outra forma, foram melhor avaliados os atributos **integralidade** nos *serviços prestados* (8,4), **acesso** na *utilização* (8,0) e **coordenação** no *sistema de informação* (7,7).

Na Regional Oeste, a APS foi pior avaliada para os atributos **acesso** na *acessibilidade* (4,7), **orientação comunitária** (6,0) e **coordenação** na *integração de cuidados* (6,1), enquanto a melhor avaliação deu-se para **coordenação** no *sistema de*

informação (9,6), **integralidade** nos *serviços prestados* (9,3), **acesso** na *utilização* (8,7), **orientação familiar** (8,7) e **longitudinalidade** (7,7).

Observou-se que os atributos **acesso** na *utilização*, **coordenação** no *sistema de informação*, **integralidade** nos *serviços prestados* foram bons nas quatro regionais, enquanto os atributos **acesso** quanto à *acessibilidade* foi insatisfatório em todas as regionais, e a **integralidade** *serviços disponíveis* foi insatisfatória em três regionais (Leste, Sul e Norte).

Os escores dos atributos de Cuiabá e das Regionais Leste, Sul, Norte e Oeste, bem como os escores essencial e geral encontram-se disponibilizados na tabela 13.

Tabela 13. Escores dos atributos e Escores Essencial e Geral da APS de Cuiabá e Regionais 2016.

Atributos/Escores (essencial e geral)	Cuiabá	Leste	Sul	Norte	Oeste
Acesso de primeiro contato-utilização	8,3	8,2	8,3	8,0	8,7
Acesso de primeiro contato-acessibilidade	5,2	5,1	5,3	5,4	4,7
Longitudinalidade	6,8	6,5	7,2	6,1	7,7
Coordenação-Integração de cuidados	7,4	8,0	7,1	7,6	6,1
Coordenação-Sistema de Informações	8,4	8,5	8,5	7,7	9,6
Integralidade Serviços Disponíveis	5,2	5,0	4,7	4,9	7,4
Integralidade Serviços Prestados	8,1	7,6	7,7	8,4	9,3
Escore Essencial	7,1	7,0	7,0	6,9	7,6
Orientação Familiar	7,2	5,5	7,0	7,2	8,7
Orientação Comunitária	7,0	7,3	7,3	6,8	6,0
Escore Geral	7,1	7,0	7,0	6,9	7,9

Comparativamente, os escores Geral e Essencial para Cuiabá, e os estratificados por regionais e faixa etária, foram próximos, sendo que somente a regional Oeste obteve escore maior, 7,9 e 7,6, respectivamente.

6 DISCUSSÃO

A aplicação do instrumento PCATool permitiu avaliar os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde, preconizados por STARFIELD (2004): acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade e seus componentes respectivos, bem como os atributos derivados: orientação familiar e comunitária no município de Cuiabá/MT.

Um serviço de atenção básica é considerado provedor de atenção primária quando tem os quatro atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e aumenta seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade se tiver também os atributos derivados (orientação familiar e comunitária). Eles podem ser avaliados separadamente, porém estão interrelacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS (STARFIELD, 1992). Neste estudo, optou-se por investigar todos os atributos.

Os itens investigados pelo PCATool captam a experiência do usuário com as características do processo e da estrutura de um serviço de saúde; quando presentes qualificam o atendimento prestado à população adscrita (STARFIELD, 2004).

Vários trabalhos na literatura também avaliaram os atributos com o mesmo instrumento contribuindo para o estudo da APS (LEAO et al., 2011; BRAZ, 2012; ARAÚJO, 2013; MELO e CAMPOS, 2013; MESQUITA FILHO et al., 2014; MARQUES, et al., 2014; FRANK et al., 2015; OLIVEIRA e VERÍSSIMO, 2015; DAMASCENO et al., 2016).

Os escores geral e essencial dos atributos no município de Cuiabá e todos os escores gerais e essenciais das regionais, no conjunto, alcançaram valores acima de 6,6, portanto considerados bons. Porém tomados separadamente alguns atributos obtiveram avaliação insatisfatória. Também alguns atributos, estratificados por regional e faixa etária, foram insatisfatórios. Esses fatos revelam que um olhar diferenciado e mais específico deve compor a avaliação da APS para que as intervenções sejam mais efetivas.

Para SAMBO et al. (2010) apesar do avanço alcançado nos cuidados de saúde no século 21, que se considera como a era da gestão da qualidade total, a qualidade dos cuidados nos centros de saúde primários deixa muito a desejar. É necessário um esforço urgente, deliberado, sustentado e proposital para institucionalizar a garantia da qualidade como parte integrante do sistema de saúde.

Com relação ao atributo **acesso de primeiro contato**, no componente *utilização*, em Cuiabá foi bem avaliado em todas as regionais e em todas as faixas etárias o que demonstra a busca do cuidador pelo serviço de atenção básica para solucionar os problemas de saúde da sua criança. No entanto, e conforme ARANTES et al., 2016, há desafios que exigem melhorias no financiamento, na formação de profissionais, na gestão do pessoal, no desenvolvimento de ações intersetoriais, bem como é necessário fortalecer a porta de entrada e o acesso aos demais serviços. Já para o componente *acessibilidade*, em Cuiabá foi baixo o escore em todas as regionais e em todas as faixas etárias demonstrando que o usuário pode buscar o sistema, mas seu atendimento ainda é comprometido. ARAÚJO (2013) observou também que o **acesso** como utilização do serviço enquanto porta de entrada parece adequado, mas a *acessibilidade* às ações e serviços ainda está complicada na percepção de usuários e profissionais. A autora chama a atenção para a diferença entre o **acesso** e a *acessibilidade* que tem a ver com as características organizativas dos serviços, onde se situam as piores avaliações quanto ao acesso na sua pesquisa. Portanto, no estudo de Cuiabá, foi bom o escore para o atributo acesso-utilização que é avaliador da busca da unidade pelo cuidador, tanto para consultas de rotina como para novos problemas de saúde, já para o acesso-acessibilidade que avalia o processo do agendamento, o tempo de espera, ficou aquém de um bom escore em todas as regionais.

A definição para *acessibilidade* tem uma pluralidade de apresentações na literatura. Para COSTA et al. (2011) a acessibilidade retrata a organização e os recursos da saúde que auxiliam ou dificultam a utilização pelos usuários. ASSIS e JESUS (2012) referem que o acesso envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e outros. O acesso tem sido objeto de estudos internacionais devido ao contexto econômico de crise na última década, com filas para marcação de consultas e dificuldades para superar esta questão. Os autores citados afirmam que a desigualdade de acesso é um dos principais problemas para que o SUS funcione de forma efetiva, mas diminuíram-se as iniquidades e ampliou-se o acesso principalmente da atenção básica.

THIEDE e McINTYRE (2008) asseguram que o acesso tem relação com o poder de escolha do indivíduo e a liberdade para uso de um serviço específico. Para os autores, uma importante tarefa na política de saúde é ampliar os processos comunicativos entre o sistema e a comunidade. A capacitação das pessoas para a escolha está ligada às tomadas de decisões e isto tem sido negligenciado em vários países. A geração de informações eficazes deve atender também aos mais desfavorecidos ao acesso em saúde.

O acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde é definido por STARFIELD (2004) como sendo a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema de saúde ou novo episódio de um mesmo problema, exceto as verdadeiras emergências e urgências médicas.

Disparidades regionais brasileiras na oferta de serviços com a ampliação do acesso foram apontadas por DAMASCENO et al. (2016), sendo mais percebidas nos estudos realizados nas regiões Sul e Sudeste do país.

Em estudo realizado em 2007 com pacientes portadores de tuberculose, atendidos na rede de atenção básica nos municípios de Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Itaboraí (RJ), Campina Grande (PB) e Feira de Santana (BA), no qual se utilizou o PCATool adaptado para atenção à tuberculose, SCATENA et al. (2009) avaliaram as dificuldades de acesso para diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde. Os autores observaram que não houve desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico com a descentralização das ações de tuberculose para o PSF e que a forma de organização da atenção à tuberculose não foi fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da tuberculose.

A APS é responsável pela atenção à saúde de seus usuários e se constitui na principal porta de entrada do sistema; oferece ações de saúde de caráter individual e coletivo; organiza o processo de trabalho multiprofissional para que a abordagem do processo saúde doença seja integral e garanta acesso a outras unidades do sistema sendo a ordenadora do funcionamento da rede (LAVRAS, 2011). Conforme os resultados revelados nesse estudo para o componente *acessibilidade*, em Cuiabá/MT não está ocorrendo a garantia deste atendimento à criança na APS. Os resultados evidenciaram que os cuidadores buscam o serviço da APS, mas não solucionam totalmente os problemas de saúde das crianças, tendo que buscar atendimento em unidades de saúde secundárias ou terciárias. Observou-se, na acessibilidade, a difícil marcação de consultas, obrigando o cuidador procurar por muitas pessoas para conseguir uma agenda. A acessibilidade não sendo efetiva compromete a resolutividade dos problemas de saúde da população infantil.

PAIM et al. (2011) apontam que nos últimos anos foram implementadas inovações no SUS: descentralização com maior responsabilidade para os municípios, ampliação do acesso à saúde, cobertura vacinal universal, pré-natal, conscientização sobre a saúde pública. No entanto, os mesmos autores afirmam que há um desafio político que não se resolve apenas no setor técnico: financiamento, ideologias conflitantes como o acesso universal *versus* a segmentação do mercado, desigualdades, entre outros. Estes fatores

influenciam negativamente a equidade do acesso à saúde, inclusive dos serviços de APS. Como podemos observar, o acesso-acessibilidade também teve baixo escore na pesquisa realizada em Cuiabá sendo necessário evoluir em alguns aspectos como rapidez no atendimento após triagem e orientações básicas via telefone oferecidas pela unidade.

SUBIRATS et al. (2014) também observaram que vinte anos após reformas, tanto a Colômbia quanto o Brasil têm acesso desigual para iguais necessidades em saúde. No Brasil, apesar da cobertura no âmbito do SUS, há desigualdades significativas no acesso, especialmente para o nível secundário. Para os autores, nos dois países é difícil o acesso para serviços preventivos demonstrando desigualdades também no nível de atenção primária.

Como as necessidades de saúde são extremamente dinâmicas, é preciso que os serviços e a gestão em saúde também desenvolvam estratégias dinâmicas capazes de escutar, retraduzir e trabalhar tais necessidades (SILVA JUNIOR e ALMEIDA, 2007).

O atributo **longitudinalidade** obteve bons escores em cerca da metade das regionais em Cuiabá, mostrando que há necessidade de se avançar mais para que se alcance a confiança do usuário nos serviços de saúde e que a APS seja uma fonte regular e contínua de atenção ao longo do tempo (STARFIELD, 2004). Outros estudos divergiram deste ao apresentaram escores satisfatórios nesse atributo. MESQUITA FILHO et al. (2014) observaram bons escores para **longitudinalidade**, em estudo realizado na APS de Pouso Alegre/MG em 2009, indicando fidelização ao serviço. Os demais atributos da APS, avaliados por eles, obtiveram escores médios insatisfatórios demonstrando ineficiência dos serviços. Aqui, podemos observar que mesmo com a ineficiência dos serviços, o atributo longitudinalidade, que mede a atuação do profissional médico/enfermeiro, sua atenção e preocupação com a criança foi bem avaliado.

Em estudo realizado em 2012 no município de Vitória da Conquista/BA, BRAZ et al. (2013) também apontam escores elevados para o atributo **longitudinalidade** favorecendo o vínculo através do diálogo aberto entre profissional e usuário e onde o foco é a criança e não a doença. ERDMANN e SOUZA (2009) também defendem a ideia de que um bom atendimento à criança deve ser global, compreendendo-a como um ser em desenvolvimento.

FRANK et al. (2015) pesquisaram o atributo **longitudinalidade** em município do Oeste do Paraná, em que compararam o atributo nas unidades tradicionais de saúde com unidades da ESF; observaram melhores resultados em unidades tradicionais. Atribuíram o resultado à possível não ocorrência de mudanças do modelo de atenção, à maior

rotatividade de profissionais da ESF ou ao imaginário popular de que houve perda de especialista na ESF.

O atendimento ao atributo **longitudinalidade**, apesar de estar vinculado ao profissional de saúde, só será alcançado se houver a oferta adequada dos serviços na APS e a fixação dos profissionais à unidade de saúde. A avaliação e o monitoramento da **longitudinalidade** terão melhor efeito se for uma prioridade da gestão (CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

O atributo **coordenação** em seu componente *integração de cuidados* foi bem avaliado na maioria das regionais em Cuiabá. Foram 23,1% das crianças consultadas com especialistas ou serviços especializados.

Para TOOMEY et al. (2013), a coordenação de cuidados é um mecanismo chave para aumentar a qualidade e reduzir custos. Os autores observaram que muitos pais relataram insatisfação com a coordenação de cuidados, principalmente pais de crianças com necessidades especiais. Crianças negras e latinas também poderiam ter mais necessidades não satisfeitas em virtude de terem recebido cuidados centrados na família com menos frequência.

O atributo **coordenação** quanto ao *sistema de informação* foi bem avaliado pelos cuidadores em todas as regionais e faixas etárias em Cuiabá. O sistema informatizado de prontuários está sendo implantado no município de Cuiabá, conforme recomendação do Ministério da Saúde, Portaria n. 2.488/2011 (MS, 2011a). Através do serviço digital pode-se verificar o estoque de medicamentos, registrar as visitas de agentes da saúde e permite ao Ministério da Saúde acompanhar o investimento das verbas do SUS.

Os prontuários clínicos devem conter informações desde o histórico do usuário até resultados de exames e são utilizados para a tomada de decisões envolvendo a saúde do usuário. O prontuário eletrônico serve para a centralização dos dados das pessoas usuárias identificando-as, registrando todos os pontos de atenção à saúde e demais serviços prestados (MENDES, 2011). No entanto, muitas vezes os dados são incompletos. GROSSMAN et al. (2016) observaram que é heterogêneo o uso de prontuários eletrônicos na atenção primária à criança na Europa. Na maioria dos países há registro da história e exame clínico, mas há deficiência no rastreamento do crescimento e no registro da imunização.

No estudo realizado em Cuiabá, ambos os prontuários estão sempre disponíveis nas consultas, segundo os cuidadores das crianças. O item que avalia se os cuidadores apresentam documentos ou registros sobre a saúde da criança na consulta, teve boa

pontuação. Também neste estudo, tanto os serviços que têm seus prontuários disponíveis quanto as famílias que apresentam documentos da criança, demonstraram ter comprometimento com o atendimento infantil. O registro e informações na caderneta de saúde constroem uma relação de corresponsabilidade dos cuidadores com os serviços de saúde e permitem a vigilância e prevenção.

A **integralidade** quanto aos *serviços disponíveis* teve baixos escores na grande maioria das regionais em Cuiabá, sendo que somente na Regional Oeste teve-se escore satisfatório em ambas as faixas etárias. A precariedade da presença e extensão dos serviços disponíveis sugere a necessidade da reestruturação dos serviços de APS no município. Apesar deste componente ser insatisfatório no conjunto, o item vacinação foi bem avaliado coincidindo com a política nacional de vacinação reconhecidamente eficiente. O item planejamento familiar foi considerado, na maioria, existente e portanto satisfatório. Com relação à pontuação insatisfatória do item sutura, este procedimento em Cuiabá é oferecido pelas unidades secundárias e terciárias.

O componente *serviços prestados* teve bons escores em todas as regionais e faixas etárias. Evidenciamos que os profissionais de saúde oferecem orientações que atendem integralmente a criança e não focadas somente na patologia. Esse estudo mostrou o avanço preconizado pela APS de um modelo não biologicista e adequado como prática de prevenção e promoção à saúde infantil.

SILVA e FRACOLLI (2016) também estudaram a APS em onze municípios da microrregião de Alfenas/MG de junho a julho de 2012 e observaram baixos escores para **integralidade** nos *serviços disponíveis*. Afirmam que o modelo de alguns municípios, que têm unidades tradicionais e ESF no território, contribuiu para a fragmentação dos serviços. No que se refere à integralidade, BRAZ et al. (2013) observaram escores baixos tanto para o componente *serviços disponíveis* quanto para os *serviços prestados*. Esse resultado mostra, a partir da experiência do cuidador, deficiências para ações de promoção e prevenção da saúde, voltadas ao cuidado integral à criança. Para os autores, isto poderia ser explicado pelo fato de não existir alguns serviços e ações nas unidades, ou também pela falta de divulgação destes por parte dos profissionais de saúde.

DAMASCENO et al. (2016), em revisão integrativa da literatura nas bases de dados SciELO, Lilacs e Medline, selecionaram 32 estudos publicados entre 2000-2013 e observaram que a integralidade foi o atributo mais explorado pelos pesquisadores e que a ampliação da oferta de serviços aumentou na atenção básica através da ESF, favoreceu o acesso, mas ainda não tem a garantia da integralidade. Concluíram que a integralidade é

um processo em construção e tem sido melhor na ESF, mas são necessárias mudanças, tanto estruturais dos serviços quanto do perfil dos profissionais para ser efetiva.

O atributo **orientação familiar** foi bem avaliado, com bons escores na maioria das regionais no município de Cuiabá, sendo somente insatisfatório na Regional Leste. Tal fato demonstra que os serviços das unidades de saúde do município consideram o contexto familiar e há comprometimento do profissional de saúde na formação do vínculo com os responsáveis pela criança. A interação familiar é fundamental porque a saúde infantil depende dos cuidados familiares e de uma comunidade saudável onde esteja inserida.

Também foi bem avaliado o atributo **orientação comunitária** que obteve bons escores de maneira geral e estratificada na maioria das regionais. Somente uma regional (Oeste) apresentou baixos escores em ambas as faixas etárias e a Regional Norte, na faixa etária de 2 a 5 anos. Os bons escores demonstram que existe o contato direto dos profissionais de saúde com os usuários e que os serviços conhecem a realidade onde as crianças cadastradas na unidade estão inseridas. O conhecimento das doenças e necessidades da comunidade é importante para o planejamento das ações. RONCALLI e LIMA (2006) destacam a diminuição das internações das crianças nas áreas onde são realizadas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde.

Ao contrário da boa avaliação para os atributos **orientação familiar** e **comunitária** no município de Cuiabá, os mesmos atributos foram mal avaliados em outros trabalhos. REICHERT et al. (2016) obtiveram baixos escores nestes dois atributos, no Distrito Sanitário III de João Pessoa (PB), demonstrando que ambos não estão sendo oferecidos na APS e que é preciso ampliar o olhar para a criança e suas necessidades em saúde, com concepções macro e micropolíticas do planejamento e gestão do cuidado, fazendo com que a APS ofereça promoção, prevenção e satisfaça a família e a comunidade. Outros estudos (LEÃO et al., 2011; BRAZ, 2012; MESQUITA FILHO et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014; MARQUES et al., 2014) demonstraram a falta de interação dos serviços de saúde com a comunidade e o atendimento infantil, que é feito de forma isolada do seu contexto.

Sendo a APS o local preferencial para a prevenção e promoção da saúde, no estudo realizado em Cuiabá evidenciou-se que é necessário melhorar alguns atributos para que a APS tenha mais qualidade.

7 CONCLUSÃO

Este estudo, que avaliou o atendimento à criança menor de cinco anos na ESF de Cuiabá, evidenciou que muitos atributos pesquisados estão aquém do que se preconiza para a saúde integral da criança. Apesar do atributo acesso-utilização ter sido bem avaliado tanto no conjunto do município de Cuiabá quanto nas suas regionais de saúde, observou-se que a acessibilidade apresenta diversas barreiras ao atendimento da criança.

Os resultados referentes à longitudinalidade sugeriram que a fonte regular de cuidados à saúde da criança satisfaz, em sua maioria, fornecendo atendimento adequado a esta população e indicando a confiança do cuidador no serviço da ESF e a sua fidelidade.

Com relação ao atributo coordenação-integração de cuidados, que apenas os cuidadores que consultaram qualquer tipo de especialista ou serviço especializado, no período em que a criança está em acompanhamento na unidade de saúde, são questionados sobre este atendimento, como orienta a aplicação pelo instrumento PCATool. Já os não atendidos em níveis hierárquicos superiores, por razões diversas (insucesso no agendamento, prazos extensos dos seus agendamentos, entre outras), não são contemplados pelo instrumento. Portanto, esta pode ser considerada uma limitação ao estudo.

Já a coordenação quanto ao sistema de informações foi bem avaliada na maioria e demonstrou como principal item satisfatório o uso da Caderneta da Criança, documento importante de conhecimento e acompanhamento à saúde infantil.

A integralidade quanto aos serviços disponíveis foi de avaliação insatisfatória demonstrando a precariedade na maioria das regionais de saúde do município. Enquanto a integralidade dos serviços prestados satisfaz a avaliação do cuidador, demonstrando o cuidado com a criança por parte dos profissionais e a preocupação destes através da orientação com a alimentação, prevenção de acidentes e o desenvolvimento neuropsicomotor.

A orientação familiar e orientação comunitária foram satisfatórias na maioria dos serviços, mas necessitando evoluir para uma melhor relação centrada na família e com a preocupação de que a criança pertence a um ambiente social que deve ser compreendido na sua dimensão ampliada, muito além das patologias.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PCATool-Versão Criança é um instrumento adequado para avaliar e comparar a estrutura e processo dos serviços da ESF que atendem à criança para que se possa conhecer as deficiências e implementar medidas que priorizem a promoção e prevenção da saúde.

O instrumento PCATool-Versão criança detectou as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, mostrando que a ESF é buscada como primeira opção ao cuidado, mas há barreiras a serem superadas no acesso-acessibilidade. Também mostrou que o profissional de saúde, no atributo serviços prestados, oferece boa assistência apesar da precariedade dos serviços disponíveis.

Destacam-se algumas limitações para a interpretação dos resultados: pelo fato dessa pesquisa ter incluído somente unidades da ESF onde as crianças tinham sido atendidas duas vezes pelo médico/enfermeiro nos últimos seis meses, não foram investigadas equipes nas quais não havia estes profissionais. Logo, seriam importantes outras pesquisas para avaliarem equipes incompletas, suas causas e implicações.

Nesse estudo, a avaliação sobre a assistência abrange somente o usuário/cuidador, sendo necessário conhecer a percepção dos profissionais de saúde e gestores para um completo entendimento das lacunas assistenciais. Portanto, são necessárias novas pesquisas que busquem conhecer a avaliação dos diferentes atores que interagem nas unidades de serviços de ESF. Também, devido ao método apresentar somente uma avaliação quantitativa, não investigou determinados conceitos e opiniões do cuidador que seriam melhor abordados com a pesquisa qualitativa.

Finalmente, para se ter um SUS abrangente e um adequado atendimento na APS, é necessário investir no conjunto tanto da formação dos profissionais de saúde que atuam na porta de entrada do sistema e na coordenação dos cuidados, bem como no financiamento para garantir a estrutura dos serviços onde há várias deficiências.

Como recomendações, sugere-se que os resultados desse estudo sejam amplamente disseminados com momentos de reflexão e debate a respeito das dificuldades encontradas pelo usuário no atendimento às crianças na ESF em Cuiabá.

Vários pontos críticos foram detectados relacionados aos atributos inerentes à APS e que deveriam ser plenamente cumpridos na ESF. Faz-se, portanto, necessário, com ampla participação dos profissionais, gestores e usuários, priorizar as ações a fim de

implementar o atendimento integral e de melhor qualidade. É preciso ainda apoio dos níveis estadual e federal para a efetivação das ações propostas.

Recomenda-se com relação ao acesso-acessibilidade, agilizar o atendimento na unidade após a triagem e acolhimento, evitando filas e descontentamento para o cuidador e familiares. Também, que seja criado um sistema de informações básicas, via telefone, onde todos os profissionais de saúde ou administrativos possam esclarecer dúvidas relacionadas a horários de atendimento, dias de vacinação, serviços disponíveis, entre outros. Inclusive, o profissional médico/enfermeiro, que melhor conhece a criança, poderia esclarecer pequenas dúvidas e orientações básicas sobre a saúde da criança, via telefone.

Com relação à longitudinalidade, é importante que se estabeleçam vínculos entre o profissional de saúde e os cuidadores para que se conheça a realidade das famílias, inclusive o emprego, visando orientações dentro das possibilidades financeiras dos cuidadores.

Para melhorar a avaliação do atributo coordenação - integração de cuidados, é necessário sensibilizar os profissionais de saúde para que se interessem pelo que aconteceu no especialista ou serviço especializado após seu retorno, tornando-se a APS responsável pela coordenação do cuidado prestado na rede de serviços.

Quanto aos serviços disponíveis, sugere-se a criação de um sistema de suplementação alimentar para crianças com necessidades específicas e direcionadas às famílias de baixa renda. Ainda, quanto aos serviços disponíveis, recomenda-se qualificar os profissionais de saúde para manejar situações de grande repercussão familiar como o alcoolismo, uso de outras drogas e problemas de saúde mental. A implantação de outros serviços de saúde, entre eles o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por equipe multiprofissional, serviria como retaguarda importante para as equipes que atuam na ESF, qualificando o cuidado e a integralidade. Desta forma, ampliar-se-ia a oferta de ações de saúde, bem como a resolutividade destas, a abrangência e o alvo das ações.

É necessário capacitar o profissional de saúde para reconhecer, junto às fases de crescimento e desenvolvimento, as diferentes fases comportamentais da criança, para uma correta abordagem e orientação familiar.

Na orientação comunitária, os profissionais de saúde podem convidar o cuidador para participar dos conselhos locais de saúde. Através da participação popular, pode-se fortalecer a formulação de políticas de promoção e propiciar melhorias nos serviços.

A instituição de um programa de educação permanente é uma estratégia para empoderamento dos profissionais da APS e fixação desses nas USF contribuindo para a

melhoria da atenção e da satisfação do usuário. Também são importantes, salários compatíveis, plano de cargos e salários, carga horária não excessiva, etc.

Por outro lado, as avaliações positivas reveladas nesse estudo precisam ser conservadas, além de replicadas nos locais onde os resultados da avaliação foram ruins. Nesse sentido, é necessário ter um olhar diferenciado para cada regional de saúde tendo em vista que a avaliação dos diversos atributos e seus componentes não foi homogênea.

Recomenda-se ainda a aplicação da ferramenta de avaliação contínua como prática promotora de melhorias na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

Abreu T, Viana L, Cunha C. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(2):80-3.

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça C. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saud Pub*. Rio de Janeiro, 2009, 25(6), 1337–1349.

Almeida CAL, Tanaka OY. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. *Rev Saud Pub*. 2016. 50:45.

Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saud Col*. v. 21, n. 5. Rio de Janeiro, mai. 2016.

Araújo JP, Viera CS, Toso BR, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27 (5): 440-6.

Araújo RL. Atributos da atenção primária à saúde no DF: estudo comparado entre unidades básicas de saúde tradicional e a estratégia saúde da família no cuidado integral à saúde da criança. Brasília: UnB, 2013.

Araújo IC. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada de odontologia da Universidade Federal do Pará. São Paulo: USP, 2003.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saud Col*. v. 17, n. 11. Rio de Janeiro, nov, 2012.

Barreto J, Nery IS, Costa, MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saud Pub*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990c.

_____. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a.

_____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b.

_____. Decreto n. 8.869, de 5 de outubro de 2016. Programa Criança Feliz. Brasília: Presidência da República, 2016.

Braz JC. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. Ribeirão Preto: USP, 2012.

Braz JC, Mello DF, David YGM, Teixeira SA, Prado AS, Furtado MCC. Longitudinalidade e integralidade no cuidado a menores de um ano. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2013; 46(4): 416-23 Disponível em: <http://www.revista.fmrp.usp.br/>. Acesso: 30 nov 2016.

Campbell SM, Braspening J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. British Medical J, 326 (7293): 816-819, 2003.

Campos GWS. Debate sobre o artigo de Connil. Cad Saud Pub. 2008; 24 Supl: S7-S27.

Campos Junior, D. A Pediatria e a prioridade da primeira infância: fundamentos e perspectivas para o novo milênio. Artigo de revisão. 2011; Volume 1. Supl. 1. Disponível em: <http://www.residenciapediatrica.com.br/detalhes/29/a-pediatria-e-a-prioridade-da-primeira-infancia-fundamentos-e-perspectivas-para-o-novo-milenio>. Acesso: 10 ago 2016.

Carvalho RRS, Jorge MSB, Serapione M, Morais JB, Caminha ECCR. Programa Pesquisa para o SUS: desafios para aplicabilidade na gestão e serviços de saúde do Ceará. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 53-63, jul-set, 2016.

Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out-dez, 2014.

Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para avaliação da atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: Akerman M, Furtado JP, organizadores. Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R. La Salud en la infancia. GacSanit. 2004; 18 (Suppl1): 39-46.

Conill EM. 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 Saud Pub. v. 24, n. S1, p. S7-S27, 2008.

Contandriopoulos AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Cien Saud Col. v. 11, n. 3, p. 705-712, 2006.

Costa AM, Pontes ACR, Rocha LG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da saúde da Família no Município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil) Cien Saud Col. 2011; 16 (7): 3229-3240.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. Rev Saud Pub. São Paulo, v. 42, n. 6, dec, 2008.

Cuiabá. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de abrangência de ESF em Cuiabá, estimativa 2015. Cuiabá: Assessoria de Planejamento e Gestão da SMS, 2015.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saud Col.* 2011;16: 1029-42.

Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Cien Saud Col.* v. 21, n. 9. Rio de Janeiro set, 2016.

Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

_____. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine.* Northfield, nov, 1990, v. 114, p. 115-1118.

Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde.* São Paulo: 2009;33(2):150-160.

Espinosa MM, Bieski IGC, Martins DTO. Probability sampling design in ethnobotanical surveys of medicinal plants. *Rev Bras Farmacogn.* 2012; 22(6):1362-1367.

Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC de. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *CienSaud Col.* 19(12):4851-4860, 2014.

Frank BRF, Vieira CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRG de O. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate.* v. 39, n. 105, Rio de Janeiro, Apr./June, 2015.

Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev Latino-Am Enferm.* mar-abr, 2013.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saud Pub.* v. 22, n. 6, p. 1171-81, 2006.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saud Pub.* 2006; 22(5):951-963.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Grossman Z, Del Torso S, Van Ezzo D, Ehrich JH, Altorjai P, Mazur A, Wyder C, Neves AM, Dornbusch HJ, Jaeger Roman E, Santucci A, Hadjipanayis A. Use of electronic health records by child primary health care providers in Europe. *Child Care Health Dev.* 2016. Nov; 42(6):928-933.

Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalization: evidence from Brazil. *J. Amb Care Manage*, 2009; 32(2): 115-122.

Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Cien Saud Col*. 2002, 7(3): 419-421.

Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Salud da Familia en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saud Pub*. 2006; 22(8): 1649-1659.

Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):274-84. Disponível em: [http://www.dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://www.dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829). Acesso: 22 nov 2016.

Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL, Shonkoff JP. Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2006;103(27):10155-10162.

Lavras, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out/dez, 2011.

Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saud Matern. Infant. Recife*, 11 (3): 323-334. jul./set, 2011.

Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004 Oct-Dec;19(4):303-17.

Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Cien Saud Col*. v. 19, n. 2. Rio de Janeiro, Fev, 2014.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Hospitais na Rede de Saúde de Cuiabá. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/. Acesso: 22 mar 2017.

Melo MM, Campos EMS. Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica das internações por Condições Sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil. *Anais... 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde Universalidade, Igualdade e Integridade da Saúde: um Projeto Possível*. Belo Horizonte, MG, 2013.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV. (org.) *et al*. Distrito

Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. 4ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1999.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. Cien Saud Col. v. 19, n. 7. Rio de Janeiro, Jul, 2014.

Ministério da Saúde. Programa da Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: MS, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11; Série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Curso de Capacitação. Brasília: MS, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: MS, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS, 2005a.

_____. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: MS, 2005b.

_____. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Guia de Implantação Municipal. AMQ. Brasília: MS, 2006.

_____. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo I - Histórico e implementação. Brasília: MS, 2008 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf. Acesso: 15 out 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2010a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool - Brasil. Brasília, 2010b. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso: 15 out 2015.

_____. Portaria nº 2.488/2011 de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011a. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso: 19 out 2015.

_____. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 05 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso: 18 out 2015.

_____. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União. Brasília, 2011c. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 22 set 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2012a.

_____. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: MS, 2012b. Disponível em: http://www.189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso: 09 dez 2015.

_____. Projeto de Lei de Conversão (CN) nº 16, de 2012. Brasil Carinhoso. Publicado em 22 mai 2012. Brasília: Senado Federal, 2012c. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materiais/-/materia/105561>. Acesso: 18 out 2015.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: MS, CNS, 2012d. Disponível em: [http://www.RPL/resolucao 466 de 2012 Conselho Etica.mht](http://www.RPL/resolucao%20466%20de%202012%20Conselho%20Etica.mht). Acesso: 10 jan 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Programa Nacional de Imunização. Brasília: MS, 2013a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: MS, 2013b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ: Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica. Brasília: MS, 2013c.

_____. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em:

<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 12 fev 2015.

Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para o programa DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.

Nemes MIB, Castanheira ERC, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Cad Saud Pub. Rio de Janeiro, v. 20, n. supl. 2, p. S310-S321, 2004.

Nemes MIB, Melchior R, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSB, Conway S. The variability and predictors of quality of Aids care services in Brazil. BMC Health Services Research, London, v. 9, p. 51, 2009.

Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Caraciolo JMM, Santos MA. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em Aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. Rev Saud Pub. Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 137-146, 2013.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saud Pub. 34(5):547-59, 2000.

_____. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad Saud Pub. 2004; 20(Supl 2) 164-6.

Oliveira M. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada. Dissertação. Porto Alegre: UFGRS, 2007.

Oliveira BVCA, Veríssimo MLÓR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. Rev Esc Enferm. USP. v. 49, n. 1. São Paulo Fev, 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978. Alma-Ata, USSR. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso: 15 dez, 2015.

_____. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.Serie 4.

Paim JS. O que é SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377: 1778–97.

Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. Saude Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 331-342, out, 2014.

Reicher APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. Cien Saud Col. v. 21, n. 1. Rio de Janeiro, Jan, 2016.

Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da Região Nordeste do Brasil. *Cien Saud Col.* 2006; 11 (3): 713-24.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Elementos de metodologia epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Sambo MH, Lewis I, Idris SH. Quality of care in primary health centres of Tafa Local Government Area of Niger state, North central Nigeria; the clients' perspective. *Niger J Med.* 2010 Apr-Jun; (2): 194-8.

Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saud Matern Infant.* 2005; 5(2): 229-240.

Sarti TD, Lima RCD, Silva MZ, Maciel ELN. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. *UFES. Rev Odont.* 2008, 10(1) 63-69.

Savassi, LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Florianópolis, 2012, Abr.-Jun.; 7(23): 69-74.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria. Yamamoto RM, Campos Junior D, organizadores. Rio de Janeiro: SBP, 2006.

Scatena JHG, Oliveira LR, Galvão ND, Neves MAB. Caracterização das regiões de saúde de Mato Grosso. In: Scatena JHC, Kehrig RT, Spinelli MAS. *Regiões de Saúde. Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: HUCITEC, 2014.

Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, Araújo MMA, Motta MCS. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saud Pub.* 2009;43(3):389-97.

Schuster MA. Measuring Quality of Pediatric Care: Where We've Been and Where We're Going. *Pediatrics* 2015; 135;748; March, 2015.

Serapione F. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev Crit Cien Soc*, 85 junho-2009: 65-82.

Silva Junior, AGA, Almeida C. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo (org). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Silva SA, Fracolli LI. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):47-53.

Soares AH, Martins AJ, Lopes MC, Britto JA, Oliveira CQ, Moreira MC. Quality of life children and adolescents: a bibliographical review. *Cien Saud Col.* 2011;16:3197-206.

Starfield B. *Primary Care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

_____. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ed. Brasília: MS, 2004.

Subirats IG, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF da, Unger JP, Vázquez CBML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International J for Equity in Health*. 2014, 13:10.

Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. São Paulo: Saúde Soc. v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

Tanaka OY, MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable Access to health care: a conceptual note. *Cad Saud Pub*. v. 24, n.5. Rio de Janeiro Mai, 2008.

Toomey SL, Chien AT, Elliott MN, Ratner J, Schuster MA. Disparities in Unmet Need for Care Coordination: The National Survey of Children's Health. *Pediatrics*. v. 131, n. 2, Feb, 2013.

Trevisan, AP, Bellen, HMV. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Rev Adm Pub*. v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saud Col*. 9(3):711-724, 2004.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*, Londres. p. 32-46, 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc.574.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Vilarinho Neto CS. As transformações urbanas da cidade de Cuiabá nos últimos 40 anos. Anais... VII Congresso Brasileiro de Geógrafos. A AGB e a Geografia brasileira no contexto das lutas sociais frente aos projetos hegemônicos. Vitória/ES, 10 a 16 de agosto de 2014.

Weiss C. Evaluation. 2ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998. p.46-70.

WHO. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO, 2008.

Yamamoto DM. O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem. Ribeirão Preto: USP, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Identificação dos Sujeitos da Pesquisa

Data: ____/____/2016

1. Nome da Unidade de Saúde

2. Bairro de origem (dos pacientes)

I- Identificação da criança

A1 - Sexo

1 () Feminino 2 () Masculino

AII. Idade (dos pacientes)

1 () < 24m

2 () 25m a 60m

AIII. Nº de irmãos: _____

AVI. Cor/Raça dos casos

1 () Branca 2 () Preta 3 () Amarela 4 () Parda 5 () Indígena

B – Identificação do cuidador/responsável

BI. Vínculo

1 () Pai 2 () Mãe 3 () Irmão(ã) mais velho(a) 4 () Avós 5 () Outros

BII. Sexo

1 () Feminino 2 () Masculino

BIII. Nível de escolaridade (do cuidador/responsável)

1 () Nenhum 2 () Até 3 3 () De 4 a 7 4 () de 8 a 11 5 () 12 e mais

BIV. Idade do cuidador (em anos) anos

BV. Ocupação/profissão (do cuidador/responsável)

1 () Estudante 2 () Doméstico(a) 3 () Funcionário(a) público(a)

4 () Comerciante 5 () outro: _____

BVI. Renda familiar.....Reais

ANEXOS

ANEXO 1 – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - usuários

Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde da criança, na perspectiva do usuário

Termo de Consentimento livre e esclarecido – Usuários

Nº do Instrumento

O título de nossa pesquisa é: “Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde da criança, na perspectiva do usuário”. Essa pesquisa tem por objetivo estudar a qualidade do atendimento infantil na Atenção Primária à Saúde (APS) em Cuiabá-MT. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Sua participação nessa pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar o atendimento às crianças menores de cinco anos no seu serviço de saúde. Através das suas informações poderemos caracterizar a adequação dos serviços de Estratégia Saúde da Família aos atributos da APS: acesso/utilização, longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação familiar/comunitária, e analisar a qualidade da atenção à saúde infantil, segundo faixa etária e região de saúde.

Esse estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita no serviço de saúde (ESF) e contamos com cerca de 20 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar o atendimento no seu local de consulta e que voce poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa.

Para fins da pesquisa, os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua família será divulgado.

Eu, (paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim i desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do entrevistado.

_____/_____/2016

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Pesquisador Auxiliar

Ruth Terezinha Kehrig (65) 3615-6252

Iraci Lukenczuk Said_(65) 36156252 e (65) 36312361 email: iraci_said@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa
Endereço: Rua Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada CEP: 78.048-902
Cuiabá/MT
Fone: (65) 3615-7254
E-mail: shirleyfp@bol.com.br

ANEXO 2 – Questionário PCATool Brasil, Versão Criança

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil Versão Criança

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

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

Não

Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço: _____

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

Não

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço: _____

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

_____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas)

Não

Sim, mesmo que A1 & A2 acima

Sim, o mesmo que A1 somente

Sim, o mesmo que A2 somente

Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

--- Se 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 duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado nas respostas A3 (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

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

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

A5 _____

(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”).

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

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

Por favor, indique a melhor opção

Com certeza, sim

Provavelmente, sim

Provavelmente, não

Com certeza, não

Não sei/não lembro

B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai ao seu “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” antes de ir a outro serviço de saúde?

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*” antes de ir a outro serviço de saúde?

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

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

C1 – Quando o (a) “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro*”?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (“consulta de rotina”) no(a) “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

C4 – Quando você chega no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro*”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” quando você pensa que é necessário?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

C6 – Quando o “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D – LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção

D1. Quando você vai ao “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”

- 4 - () Com certeza, sim

- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “*médico/enfermeiro*” que melhor conhece sua criança?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D3 - Você acha que o “*médico/enfermeiro*” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D4 - O(a) “*médico/enfermeiro*” responde suas perguntas de maneira que você entenda?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D5 - O (a) “*médico/enfermeiro*” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados criança ao “*médico/enfermeiro*”?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D7 - O “*médico/enfermeiro*” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D8 - O (a) “*médico/enfermeiro*” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D9 - O (a) “*médico/enfermeiro*” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança tomando?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D10 - Você mudaria do “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D11 - Você acha que o (a) “*médico/enfermeiro*” conhece a sua família bastante bem?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D12 — O/a “*médico/enfermeiro*” sabe quais são os problemas mais importantes para sua família?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D13 — O/a “*médico/enfermeiro*” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

D14 — O “*médico/enfermeiro*” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.
Por favor, indique a melhor opção

E2 – O (a) “*nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro*” sugeriu/indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”

- 4 - Com certeza, sim
- 3 - Provavelmente, sim
- 2 - Provavelmente, não
- 1 - Com certeza, não
- 9 - Não sei/não lembro

E3 – O (a) “*médico/enfermeiro*” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?

- 4 - Com certeza, sim
- 3 - Provavelmente, sim
- 2 - Provavelmente, não
- 1 - Com certeza, não
- 9 - Não sei/não lembro

E4 – O “*médico/enfermeiro*” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?

- 4 - Com certeza, sim
- 3 - Provavelmente, sim
- 2 - Provavelmente, não
- 1 - Com certeza, não
- 9 - Não sei/não lembro

E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “*médico/enfermeiro*” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

- 4 - Com certeza, sim
- 3 - Provavelmente, sim
- 2 - Provavelmente, não
- 1 - Com certeza, não
- 9 - Não sei/não lembro

E6 – O seu “*médico/enfermeiro*” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?

- 4 - Com certeza, sim
- 3 - Provavelmente, sim
- 2 - Provavelmente, não
- 1 - Com certeza, não
- 9 - Não sei/não lembro

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

Por favor, indique a melhor opção

F1. Quando você leva sua criança no “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?”

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

F2. Quando você leva sua criança no (a) “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*”?

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

Indique, por favor, se no “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*” esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*...””).

Por favor, indique a melhor opção

G1 – Vacinas (imunizações).

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G3 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G4 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G6 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G7 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G8 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção

H1 – Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

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 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

H4 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção

I1 — O seu/ sua “*médico/enfermeiro*” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

I2 — O seu “*médico/enfermeiro*” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

I3 — O seu “*médico/enfermeiro*” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção

J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

J2 – O “*nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro*” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não
- 9 - () Não sei/não lembro

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?

J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

- 4 - () Com certeza, sim
- 3 - () Provavelmente, sim
- 2 - () Provavelmente, não
- 1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?

4 - () Com certeza, sim

3 - () Provavelmente, sim

2 - () Provavelmente, não

1 - () Com certeza, não

9 - () Não sei/não lembro

Muito obrigado pela sua atenção!

ANEXO 3 - Tabela 14. População atendida no Programa Estratégia Saúde da Família – Distribuição por regionais e idade (<2 anos e 2 a <5 anos) Cuiabá-MT.

Norte	< 2a	2a 5a		Sul	< 2a	2 a 5a		Leste	< 2a	2 a 5a		Oeste	< 2a	2 a 5a		Rural	< 2a	2 a 5a
Total	Crianças			Total	Crianças													
4594	134	205		5127	149	229		3628	106	162		4411	128	197		2647	77	118
3759	109	168		4917	143	219		3100	90	138		4417	129	197		4437	129	198
5785	168	258		4856	141	217		3632	106	162		3473	101	155		6354	185	283
4059	118	181		4819	140	215		3275	95	146		3574	104	159		13438	391	599
4024	117	179		4086	119	182		4810	140	215		3113	91	139				
4300	125	192		4569	133	204		3751	109	167		3428	100	153				
4135	120	184		3927	114	175		4810	140	215		3401	99	152				
5224	152	233		4495	131	200		4737	138	211		3740	109	167				
3527	103	157		3405	99	152		4837	141	216		3015	88	134				
3698	108	165		3131	91	140		3821	111	170		3389	99	151				
3617	105	161		3849	112	172		4092	119	183		3378	98	151				
3107	90	139		4533	132	202		4359	127	194		39339	1145	1755				
5356	156	239		4596	134	205		3724	108	166								
3500	102	156		4640	135	207		5628	164	251								
3600	105	161		4699	137	210		3975	116	177								
15000	436	669		2945	86	131		4112	120	183								
77286	2248	3447		3334	97	149		3401	99	152								
				4495	131	200		69692	2028	3108								
				6526	190	291												
				3484	101	155												
				2997	87	134												
				89430	2602	3989												

População total atendida (adulto/infantil): 275.747

Total <2 anos = 8.023

Total 2 a <5 anos = 12.299 urbano

ANEXO 4. Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde da Criança, na Perspectiva do Usuário

Pesquisador: Iraci Lukenczuk Said

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54263916.9.0000.5541

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.632.323

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa objetiva avaliar a qualidade do atendimento infantil na Atenção Primária à Saúde em Cuiabá/MT, na perspectiva do usuário. A faixa etária escolhida foi menores de 5 anos de idade, devido à importância desse período na infância e no desenvolvimento da criança. Os critérios de avaliação se baseiam nos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, conforme Starfield (1992): acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, orientação familiar e comunitária. Far-se-á uma pesquisa avaliativa, quantitativa, de delineamento transversal, utilizando o Instrumento PCATool versão infantil, validado para o Brasil. Os respondentes do questionário serão pais ou responsáveis pela criança atendida em uma amostra probabilística das unidades de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade do atendimento em crianças menores de 5 anos, nas unidades de saúde da família, em Cuiabá-MT.

Objetivo Secundário:

Descrever a estruturação dos serviços de atenção primária à saúde da criança no município. Caracterizar a adequação dos serviços de ESF infantil aos atributos da APS: acesso/utilização,

Endereço: Rua Luis Philippe Peretra Lette s/n
Bairro: Alvorada **CEP:** 78.048-902
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br