



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



George Sobrinho Silva

***Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na
Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina,
Minas Gerais, Brasil.***

**Belo Horizonte - MG
Faculdade de Medicina da UFMG
2017**

George Sobrinho Silva

***Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na
atenção Primária à Saúde no município de Diamantina,
Minas Gerais, Brasil.***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para a obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Regina Lindgren Alves

**Belo Horizonte - MG
Faculdade de Medicina da UFMG
2017**

S586a Silva, George Sobrinho.
Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil [manuscrito]. / George Sobrinho Silva. - - Belo Horizonte: 2017.
151f.: il.
Orientador: Claudia Regina Lindgren Alves.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Saúde da Criança. 4. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 5. Criança. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Claudia Regina Lindgren. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 300

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

- Reitor: Jaime Arturo Ramírez
- Vice-Reitor: Sandra Regina Goulart Almeida
- Pró-Reitor de Pós-Graduação: Denise Maria Trombert de Oliveira
- Pró-Reitor de Pesquisa: Ado Jório

FACULDADE DE MEDICINA

- Diretor: Tarcízo Afonso Nunes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

- Coordenador: Prof.^a Ana Cristina Simões e Silva
- Subcoordenador: Prof.^a Roberta Maia de Castro Romanelli

- COLEGIADO

Prof.a. Ana Cristina Simões e Silva – Titular

Prof. Leandro Fernandes Malloy Diniz – Suplente

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira – Titular

Prof.a Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Prof.a Helena Maria Gonçalves Becker – Titular

Prof.a Ana Cristina Côrtes Gama - Suplente

Prof.a. Juliana Gurgel – Titular

Prof.a Ivani Novato Silva – Suplente

Prof.a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Titular

Prof. Jorge Andrade Pinto – Titular

Prof.a Luana Caroline dos Santos – Suplente

Prof. Sérgio Veloso Brant Pinheiro – Titular

Prof.a Eugênia Ribeiro Valadares - Suplente

Prof.a Roberta Maia de Castro Romanelli – Titular

Prof.a. Débora Marques de Miranda – Suplente

Arabele Teixeira de Lacerda (Discente Titular)

Ariene Silva do Carmo (Discente Suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UFMG

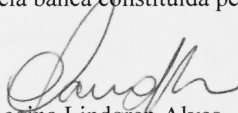
FOLHA DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA, MINAS GERAIS, BRASIL.

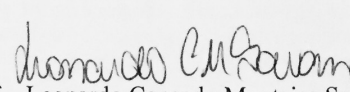
GEORGE SOBRINHO SILVA

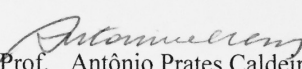
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Ciências da Saúde.

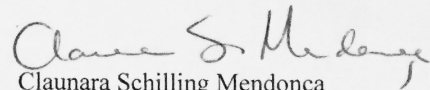
Aprovada em 30 de março de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof.^a Cláudia Regina Lindgren Alves - Orientadora
UFMG


Prof. Adriano Marçal Pimenta
UFMG


Prof. Leonardo Cançado Monteiro Savassi
UFMG


Prof. Antônio Prates Caldeira
UNIMONTES


Prof.^a Claunara Schilling Mendonça
UFRGS

Belo Horizonte, 30 de março de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todas as pessoas que me incentivaram e apoiaram durante essa jornada. A todos que me ajudaram na minha formação, especialmente à minha família, que me ensinou o valor da educação, da honestidade e do trabalho. A todas as pessoas honestas que acreditam em Deus e que estão dispostas a batalhar para realizar seus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, por minha família, meus amigos, pela força e saúde, e por ter sido a luz durante todo o percurso dessa jornada.

Agradeço à professora Claudia Regina Lindgren Alves por ter me acolhido, pela confiança e todos os ensinamentos e oportunidades que me proporcionou. Profissional e pessoa que sempre terei como exemplo. Agradeço à professora Ana Cristina Lindsay pela acolhida e ensinamentos durante o período em que estive em Boston.

À família,

Agradeço a toda minha família pelo carinho e amor de sempre. A meus pais, principalmente minha mãe que é meu exemplo e meu amor. A meus irmãos, tios, primos e avós, pelo apoio e por entenderem minha ausência.

Aos amigos,

A todos que meus amigos de Águas Vermelhas, Diamantina, Divinópolis, Belo Horizonte ,... pelo incentivo e apoio. Aos novos amigos, colegas feitos no Pub-Boston: Getúlio, Dirson, Gabriel, Alexandre, Renato e tantos outros. Agradeço especialmente a Hsiang e Jen pela acolhida e todo apoio que recebi em Boston. Aos meus amigos Tarcísio, Daniel, e suas famílias, pelo apoio, trocas de ideias e amizade de sempre.

Aos colegas de trabalho

Aos colegas da UFVJM, colegas do Departamento de Enfermagem pelo apoio, em especial à professora Helisamara, pelo incentivo e apoio desde o início. Agradeço aos profissionais da Secretaria de Saúde e das equipes de Saúde da Família de Diamantina em nome de Denise Resile Flávia Mota por todo o apoio. A todos os usuários que me receberam em seus lares e que gentilmente contribuíram para a coleta dos dados desta pesquisa.

RESUMO

Título: Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo analisar o grau de presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança na visão de usuários e profissionais que atuam nos serviços de saúde do município de Diamantina.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo observacional transversal realizado no município de Diamantina localizado na mesorregião do Vale do Jequitinhonha no Estado de Minas Gerais, Brasil. A amostra de usuários foi composta por 707 crianças de 0 a 4 anos, sendo 498 da área urbana e 209 da rural. Os respondentes foram escolhidos por sorteio aleatório simples com base nos cadastros das equipes de Saúde da Família (eSF). Foram entrevistados 14 médicos e 8 enfermeiros que preencheram os critérios de inclusão. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos, sendo um questionário para traçar o perfil de profissionais e usuários; o Instrumento de Avaliação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); e o *Primary care assessment tool* (PCATool-Brasil), versões criança e profissional. A análise baseou-se no cálculo dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) propostos pelo PCATool, comparando os resultados das áreas rural e urbana e entre profissionais e usuários. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar os resultados entre as áreas urbana e rural, e a análise logística multivariada para avaliar a influência das variáveis explicativas sobre a ocorrência do escore geral inferior ao índice de corte.

RESULTADOS: Os profissionais entrevistados eram, em geral, jovens, poucos possuíam pós-graduação específica para atuar na APS e tinham vínculos trabalhistas considerados frágeis com o município. Dentre os usuários, as mães foram as principais entrevistadas. As famílias eram, em sua maioria, de baixa renda e dependentes de programas de distribuição de renda como o Bolsa Família, e tinham a eSF como principal fonte de cuidado para seus filhos. As crianças apresentaram média de idade de 29,9±17,5 meses; 51,6% do sexo feminino, 85,8% tiveram alguma das doenças prevalentes da infância, 22,1% possuíam histórico de hospitalização e 95,2% estavam com calendário vacinal em dia. Os resultados da avaliação dos atributos da APS mostraram que houve diferença entre as avaliações dos profissionais e dos usuários. Os profissionais tenderam a atribuir forte grau de implantação para a maioria dos atributos, com destaque para os atributos da “coordenação do cuidado – sistemas de informações” (8,9) e a “orientação familiar” (8,9). Já para os usuários, os escores dos atributos da APS estão, em geral, abaixo do índice de corte preconizado pelo PCATool, e apenas “coordenação - sistema de informações” (7,8) e o “acesso de primeiro contato – utilização” (6,8) alcançaram o valor de corte. Não houve diferença com significância estatística entre os escores atribuídos pelos profissionais para os serviços das áreas urbana e rural. Já na opinião dos usuários, a APS tendeu a ter os escores médios significativamente superiores na área rural. Na análise dos fatores associados aos menores escores atribuídos pelos usuários para a assistência recebida pelas crianças nas áreas urbana e rural do município, os resultados sugeriram que os usuários que não receberiam Bolsa Família (OR=1,6; IC 1,2-2,2), que residiam na área urbana (OR=1,5; IC 1,1-2,1) e não tinham afiliação à eSF (OR=3,2; IC 2,1-5,1) tinham maior chance de avaliar os serviços com escores inferiores ao índice de corte, independentemente de outras variáveis.

CONCLUSÃO: os resultados dessa pesquisa mostraram que a avaliação da APS para a atenção à criança de Diamantina coincide com o contexto de outros estudos realizados no Brasil. A avaliação da APS está associada a aspectos relacionados às características dos usuários e a forma de organização dos serviços, que ainda se reportam ao modelo biomédico de assistência,

comprometendo, sobretudo, o acesso aos serviços, a integralidade da atenção e a falta de abordagem familiar e comunitária na oferta dos serviços.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; criança; avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Title: Evaluation of the quality of child care in Primary Health Care in the city of Diamantina, Minas Gerais, Brazil.

OBJECTIVE: This study aim to analyze the degree of presence and extent of attributes of Primary Health Care in the health care of the child in the view of users and professionals working in the health services of the municipality of Diamantina. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional observational study carried out in the municipality of Diamantina located in the region of the Jequitinhonha Valley in the State of Minas Gerais, Brazil. The sample of users was composed of 707 children from 0 to 4 years old, 498 of the urban area and 209 of the rural area. Respondents were chosen by simple random draw based on Family Health Team (FHT) staff records. We interviewed 14 physicians and 8 nurses who met the inclusion criteria. For data collection, three instruments were used: a questionnaire to trace the profile of professionals and users; The Socioeconomic Evaluation Instrument of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP); And the Primary care assessor tool (PCATool-Brazil), child and professionals versions. The analysis was based on the calculation on the calculation of the Primary Attention to Health (PSA) attributes scores proposed by PCATool, comparing the results of rural and urban areas and between professionals and users. The Mann-Whitney test was used to compare the results between urban and rural areas, and the multivariate logistic regression analysis was used to evaluate the influence of the explanatory variables on the occurrence of the general score lower than the cut-off index. **RESULTS:** The professionals interviewed were generally young, with a few graduate programs specific to PHC and with weak labor ties with the municipality. Among the users, the mothers were the main interviewees. The families were mostly low-income and dependent on income distribution programs, such as the Bolsa Família, and had the FHT as the main source of care for their children. The children had a mean age of 29.9 ± 17.5 months; 51.6% of the female sex, 85.8% had any of the prevalent diseases of childhood, 22.1% had a history of hospitalization and 95.2% had a vaccination schedule. The results of the evaluation of the PSA attributes showed that there was a difference between the evaluations of the professionals and the users. Professionals tended to assign a strong degree of implantation to most attributes, with emphasis on the component of “care coordination - information systems” (8.9) and family orientation (8,9). As for users, PSA attributes scores are generally bellow the PCATool index, and only the “coordination - information system” (7.8) and “first contact access – utilization” (6.8) reached the cutoff value. There was no statistically significant difference between the scores attributed by professionals to urban and rural services. In the opinion of the users, PHC tended to have significantly higher mean scores in the rural area. In the analysis of the factors associated with lower scores attributed by users to the care received by children in the urban and rural areas of the municipality, the results suggested that users who did not receive Bolsa Família (OR=1.6, CI=1.2-2,2), who lived in the urban area (OR=1.5, CI=1.1-2.1) and had no affiliation to FHT (OR=3.2, CI=2.1-5.1) had a greater chance of evaluate the services scores lower than the cut-off index, independently of other variables. **CONCLUSION:** the results of this research showed that the evaluation of the PHC for the care of the child of Diamantina coincides with the context of other studies carried out in Brazil. The evaluation of PHC is associated with aspects related to the characteristics of the users and the organization of services that still refer to the biomedical model of care, which mainly compromises access to services, the integrity of care and the lack of the family and community approach in the provision of services.

Key Words: Primary health care; child; evaluation of health services

LISTA DE TABELAS

Referencial teórico – Artigo 1

Tabela 1. Características descritivas dos estudos identificados na revisão sistemática, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017 28

Tabela 2. Resultado da análise dos artigos selecionados na revisão, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017. 34

Metodologia

Tabela 1. Distribuição das crianças de 0 a 4 anos de idade por Equipe de Saúde da Família, segundo o local de moradia, Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017. 57

Resultados – Artigo 2

Tabela 1. Distribuição das crianças de 0 a 4 anos de idade por Equipe de Saúde da Família, segundo o local de moradia, Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017. 68

Tabela 2. Análise descritiva do perfil dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017. 72

Tabela 3. Análise descritiva do perfil dos usuários responsáveis por crianças de 0 a 4 cadastradas nos serviços da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017. 73

Tabela 4. Comparação do desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde das áreas urbana e rural feita por profissionais e usuários em Diamantina, Minas Gerais, 2017. 75

Resultados- artigo 3

Tabela 1. Análise descritiva do perfil dos usuários responsáveis por crianças de 0 a 4 da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, 2017. 99

Tabela 2. Análise descritiva das avaliações que atingiram o escore de qualidade na avaliação da Atenção Primária à Saúde e comparação da avaliação entre as áreas urbana e rural pelos usuários do município de Diamantina, Minas Gerais, 2017. 101

Tabela 3. Análise multivariada por grupos de variáveis associados à percepção dos usuários sobre o escore geral da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, 2017. (2º nível) 103

Tabela 4. Fatores que influenciam na qualidade do Escore geral da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, 2017. (3º nível) 105

LISTA DE FIGURAS

Referencial teórico –Artigo 1

Figura 1. Diagrama de fluxo da seleção de artigos para a revisão sistemática, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017. 26

Figura 2. Distribuição dos cenários dos estudos por região no Brasil, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017. 33

Metodologia 56

Figura 1. Mapa do município de Diamantina, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.

Resultados – Artigo 2

Figura 1. Escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde do município na avaliação de profissionais e usuários, Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017. 74

Gráfico 1. Gráfico de radar da comparação do desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde das áreas urbana e rural feita por profissionais e usuários em Diamantina, Minas Gerais, Brasil. 2017. 76

Resultados - Artigo 3 102

Figura 1. Fluxograma da análise multivariada dos fatores associados à percepção dos usuários sobre o escore geral da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AL	Alagoas
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CE	Ceará
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.</i>
CLT	Consolidação de Leis do Trabalho
COEP- UFMG	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DF	Distrito Federal
DP	Desvio Padrão
EP	Erro Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBECS	Instituto Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LILACS	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
MG	Minas Gerais
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pará
PB	Paraíba
PBF	Programa Bolsa Família
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PR	Paraná
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PUBMED	<i>Public Medline</i>
RGS	Rio Grande do Sul
RJ	Rio de Janeiro

SIAB	Sistema de Informa da Atenção Básica
SP	São Paulo
SRQR	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
USP	Universidade do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	23
	2.1- Artigo 1	
	A qualidade da assistência à criança oferecida pela Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática.	23
3	OBJETIVOS	54
	3.1- Objetivo geral	54
	3.2- Objetivos específicos	54
4	MÉTODOS	55
	4.1- Tipo de estudo	55
	4.2- Cenário da pesquisa	55
	4.3- Sujeitos da Pesquisa e Amostra	56
	4.4- Critérios de inclusão	57
	4.5- Critérios de exclusão	57
	4.6- Procedimentos	57
	4.7- Considerações éticas da pesquisa	60
	4.8- Instrumentos utilizados na pesquisa	60
	4.9- Tratamentos e análise dos dados preliminares	61
5	RESULTADOS	65
	5.1- Artigo 2	65
	Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil	
5	5.2- Artigo 3	93
	Fatores associados à percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência recebida por crianças na Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais	
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
7	APÊNDICES	120
	APÊNDICE I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Usuários	120
	APÊNDICE II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais	122
	APÊNDICE III: Questionário de perfil da criança	124
8	ANEXOS	
	Anexo I: <i>PCATool</i> – Brasil versão criança	126
	Anexo II: <i>PCATool</i> Brasil – Versão profissionais	136
	Anexo III: Questionário de Classificação Socioeconômica – Usuários	144
	Anexo IV: Termo de autorização do município	146
	Anexo V: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais	148

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A atenção à saúde da criança no Brasil acumula importantes avanços ao longo das últimas décadas, resultado de uma série de transformações sociais e de políticas governamentais que foram implementadas ao longo desse período^{1,2}. Esses avanços têm sido identificados nas melhorias dos indicadores de saúde deste grupo etário, com destaque para a redução da mortalidade infantil¹. Contudo, muitos indicadores de saúde infantil no país continuam em níveis inaceitáveis³, pois as melhorias dos índices gerais não mostram as disparidades que podem ser encontradas em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico e de pior acesso a serviços de saúde^{3,4}. Este cenário se apresenta como um importante desafio para a organização dos serviços de saúde no país.

Foi a partir do início da década de 1980 que a saúde infantil se tornou relevante na agenda de compromissos do governo brasileiro. A busca pela melhoria da qualidade de vida das crianças e da redução de suas taxas de mortalidade foram inseridas dentre os objetivos centrais de desenvolvimento do país. Desde então, várias conquistas vêm sendo alcançadas, dentre elas, destacam-se a garantia de direitos à saúde na Constituição de 1988; o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990; a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus vários programas e políticas de assistência materno-infantil; dentre outras^{1,3,5}. Somados a estas conquistas, no campo social outros progressos vêm impactando direta e indiretamente na qualidade de vida das crianças, como as melhorias na distribuição de renda e nas condições de saneamento básico, a redução das taxas de fecundidade, aumento do nível educacional da população, dentre outros¹.

Impulsionado por estes fatores, em 2011, o Brasil alcançou, de forma antecipada, a meta de redução das taxas de mortalidade infantil traçadas pelos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, junto à Organização das Nações Unidas (ONU), para o ano de 2015. O alcance dessa meta reafirma os avanços pontuados. A taxa de mortalidade infantil evoluiu de 85,6 óbitos por mil nascidos vivos na década de 1980 para 13,8 em 2015^{6,7}. Apesar da substancial evolução deste indicador, a melhoria das condições de saúde deste grupo etário ainda se constitui uma das políticas prioritárias de saúde no país⁸. No entanto, estas melhorias não ocorreram de maneira homogênea no Brasil. Regiões com precárias condições de vida, menor desenvolvimento socioeconômico e pior acesso aos serviços de saúde, como o norte e nordeste do país, além das áreas rurais de forma geral, ainda apresentam índices de

mortalidade infantil preocupantes^{1,4}. No Vale do Jequitinhonha, região em que está inserido o município cenário deste estudo, a taxa de mortalidade infantil é cerca de 7% mais alta que a média nacional e de cerca de 33,5 a 49,5% mais elevada em comparação a regiões Sul e Sudeste do Brasil⁹⁻¹⁰.

Para enfrentar estas contradições, em 2015 o governo atualizou a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança⁸ que é voltada para crianças de 0 a 9 anos, com atenção especial para a primeira infância (crianças de 0 a 6 anos) e para as populações de maior vulnerabilidade, em que a redução da morbimortalidade infantil se apresenta como uma das prioridades. Esta política propõe sete eixos estratégicos de atuação: a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento integral; atenção contra os agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violência, promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas de vulnerabilidade; e a vigilância e prevenção de óbito infantil, fetal e materno⁸.

No contexto da atual política de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é apontada como principal cenário para o desenvolvimento destas ações. Historicamente, desde sua implantação, a APS sempre se apresentou como importante cenário para a implementação das políticas de saúde infantil no país. No entanto, foi a partir da inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, e sua expansão dali por diante, que os vários programas de saúde da criança tiveram maior alcance na população¹. A ESF foi inserida como proposta para reorganizar a APS por meio da assistência baseada na vigilância à saúde feita por equipes multiprofissionais¹¹. Importantes estudos^{12,13} mostraram que a redução da mortalidade infantil no país no período de 1990 e 2004 esteve diretamente relacionada com a expansão da cobertura da ESF. O que fez com que as ações desenvolvidas pela APS no Brasil passassem a ser reconhecidas nacional e internacionalmente por estarem diretamente relacionada à melhoria dos indicadores de saúde infantil^{14,15}, sobretudo pela potencialidade para assistir populações em precárias condições de vida^{16,17}.

Apesar dos bons resultados registrados pela APS, estes serviços enfrentam uma série de desafios para o desempenho de serviços resolutivos e de qualidade. Somam-se problemas relacionados à má gestão dos seus recursos, precarização das condições de trabalho, a

assistência ainda centrada no modelo curativista, a baixa qualificação da equipe multiprofissional, dentre outros¹⁸⁻²⁰. Este cenário revela a necessidade de ações que visem o fortalecimento deste nível de atenção, sob o risco da perpetuação dos serviços de baixa qualidade e das disparidades dos indicadores de saúde da criança no país¹⁹. Nas últimas décadas, a avaliação de serviços e de programas de saúde tem se expandido no país, e vem sendo apontada como importante ferramenta para fortalecer a capacidade de gestão dos serviços no enfrentamento de suas limitações²¹.

Com base nos resultados da avaliação é possível analisar um determinado contexto e produzir informações que vão permitir a identificação de problemas, ajudar no planejamento dos serviços, subsidiar decisões, além de contribuir para a produção de conhecimento¹⁷. Ao longo destes últimos anos, o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações de forma a promover e institucionalizar a avaliação, sobretudo no âmbito da APS, para assim, instrumentalizar os serviços no enfrentamento de suas limitações e produzir conhecimento para o meio acadêmico que subsidie a melhoria da formação profissional. Acredita-se que, a avaliação dos serviços de saúde possa ser um instrumento tanto para a melhoria da qualidade de seus serviços, quanto para busca da efetivação do direito à saúde especialmente para criança em situações de vulnerabilidade, como preconizado na atual Política de Atenção Integral à Saúde da Criança⁸.

21 .

No município de Diamantina, onde estou inserido como docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e atuo há cerca de seis anos no contexto da APS, constata-se que uma das principais demandas é o atendimento a criança em situações de vulnerabilidade. Diamantina está localizada na mesorregião do Vale do Jequitinhonha, região reconhecida pelos baixos indicadores sociais e precárias condições de vida da sua população, especialmente as residentes em sua área rural, que abrange numa vasta extensão territorial, com mais de 40 comunidades dispersas, algumas, quilombolas. A maioria destas comunidades é de difícil acesso e com distâncias de até 120 km da sede do município. Nestas, a APS representa a principal presença do poder público local. Desta forma, desenvolver ações que possam contribuir para a melhoria da qualidade destes serviços é de extrema relevância, considerando a situação de vulnerabilidade de sua população.

A ESF começou a ser implantada no município de Diamantina em 1997²², e deste então não se tem conhecimento de estudos avaliativos sobre a qualidade da assistência à saúde da criança, levando em consideração o grau de implantação dos atributos da APS nas diferenças

regionais, urbano e rural. É nesse contexto que se propõe o presente estudo cujo objetivo foi analisar o grau de presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança, na visão de usuários e profissionais, que atuam nos serviços de saúde das áreas urbana e rural. Acredita-se que a análise de sua qualidade e dos fatores determinantes possa contribuir para potencializar a capacidade destes serviços de atuar na melhoria da qualidade de vida da população infantil, sobretudo para criança em situações de vulnerabilidade, conforme preconizado na atual Política de Atenção à Saúde da Criança.

Referências bibliográficas

1. Victora CG, Aquino EM, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780): 1863-76.
2. Filho MM, Luz B, Araujo C. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 2033-46.
3. Moreira LM de C, Alves CRL, Belisário SA, Bueno M de C. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. *Rev Med Minas Gerais* 2012; 22(Supl 7): 48–55.
4. Carneiro FF, Netto GF, Corvalan C, Freitas CMD, Sales LBF. Saúde ambiental e desigualdades: construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(6): 1419–25.
5. Filho MB, Cruz R de SBLC. A saúde das crianças no mundo e no Brasil Child health around the world and in Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infantil*. 2015; 15(4): 451-4.
6. You D, Hug L, Ejdemyr S, Beise J. Levels and trends in child mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. [Internet] New York: United Nations Children's Fund, 2015. Disponível em: http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf (acesso: 8 Set, 2015)
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. [Internet]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>. Acesso: 27 Abr, 2016).

8. Brasil. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html (Acesso em: 26 Fev, 2017).
9. Barbosa TA, Coelho KR, Andrade GN, Bittencourt SD, Leal MD, Gazzinelli A. Determinantes da mortalidade infantil em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Rev Mineira Enfermagem*. 2014;18(4):907-22.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Estatísticas Vitais - mortalidade e nascidos vivos 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
11. Pereira M, Barcelos C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia*, 2006; 2(2): 47-55.
12. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American journal of public health*. 2009 Jan; 99(1): 87-93.
13. Macinko J, Guanais FC, De Souza MD. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006 Jan 1; 60(1): 13-9.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Efetividade do programa de saúde da família: qual o papel do PSF na redução da mortalidade infantil? Brasília (DF); 2006.
15. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 713-724.
16. Gomes K de O, Cotta RMM, Euclides MP, Targueta CL, Priore SE, Franceschini S do CC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões , município de Paula Cândido. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 1473–82.
17. Perry HB, Shanklin DS, Schroeder DG. Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia. *J Health Popul Nutr* 2003; 21(4): 383-95.

18. Sarti TD, Maciel ELN, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC. Validade de conteúdo da Avaliação para Melhoria da Qualidade da estratégia saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2011; 21(2): 865-78.

19. Junqueira TDS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SDFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(5): 918–28.

20. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*; 2011 (4): 867-874.

21. Brasil. Ministério da Saúde. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.

22. Diamantina, MG. Secretaria municipal de Saúde. 2017.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico será apresentado sob a forma de um artigo de revisão sistemática da literatura sobre a avaliação de serviços da Atenção Primária à Saúde para a criança de 0 a 5 anos de idade no Brasil.

2.1- Artigo 1

Título: A qualidade da assistência à saúde da criança oferecida pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática.

Introdução

As condições de saúde das crianças no Brasil têm apresentado importantes avanços ao longo das últimas décadas, e uma das principais evidências disso tem sido a continuada redução das taxas de mortalidade infantil¹⁻³. De acordo com o Ministério da Saúde, a mortalidade infantil passou de 85,6 por mil nascidos vivos, em 1980, para 13,8 em 2015^{2,4}. Atingir este índice representou o alcance da meta pactuada entre o governo brasileiro e a Organização das Nações Unidas (ONU) na assinatura da “Declaração dos Objetivos do Milênio”. Esta declaração foi assinada com outros 190 países membros, que se comprometeram a promover o bem-estar infantil, por meio de políticas públicas⁵⁻⁶.

O alcance desta meta é fruto de uma série de fatores, como a melhoria das condições de vida da população brasileira, a melhoria da distribuição de renda, a aquisição de direitos legais da criança, o acesso a melhores condições de saneamento básico e, dentre outros, o avanço das políticas de saúde^{1,7}. No âmbito das políticas de saúde, merece destaque a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que propõe um novo modelo de assistência baseado na atuação de equipes multidisciplinares. Implantado a partir de 1994, o modelo de atuação das equipes de Saúde da Família (eSF) se disseminou pelo país, tornando acessível uma série de ações de saúde como o incentivo ao aleitamento materno, ações de imunização, melhoria da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, dentre outras, que foram capazes de impactar nos indicadores da saúde infantil^{1,8}.

Nos dias de hoje, embora a APS esteja consolidada como principal meio para a

implementação das políticas públicas de saúde para a criança, consta que a ESF ainda não está presente em todos os municípios brasileiros. Sua cobertura vem sendo ampliada paulatinamente ao longo dos anos, chegando em dezembro de 2016 a cerca de 63,7%⁹ da população. No entanto, outras modalidades de assistência, como o de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, ainda representam o modelo anterior de assistência da APS no país. Esse cenário, somado a uma série de problemas estruturais e organizacionais, enfrentados pelo SUS desde sua implantação¹⁰⁻¹³, impulsionaram várias iniciativas do Ministério da Saúde para promover a institucionalização da avaliação no âmbito da APS, de forma a buscar subsídios para a superação de suas limitações e seu fortalecimento.

A avaliação é um processo pelo qual se emite um juízo de valor de uma intervenção, a partir de informações válidas e legítimas, visando favorecer a tomada de decisões. Assim, a avaliação é um importante instrumento capaz de potencializar o desempenho da gestão dos serviços, favorecendo o processo de mudança e a busca da qualidade. Ao longo dos últimos anos, tem crescido exponencialmente o número de estudos voltados para a avaliação de qualidade e funcionalidade da APS^{13,14}.

Desta forma, compreendendo que o fortalecimento das ações de assistência à saúde da criança está diretamente ligado ao desenvolvimento da APS no país, e da importância dos estudos avaliativos nesse processo, é que se propõe esta revisão sistemática, que tem por objetivo identificar os principais métodos e instrumentos utilizados na avaliação da assistência à saúde da criança na APS no Brasil, assim como identificar os índices de qualidade e seus determinantes.

Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática que tem como base as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁵. Foi realizada uma pesquisa eletrônica de artigos que reportassem sobre a avaliação da qualidade de serviços da APS, oferecidos às crianças de zero a cinco anos de idade no Brasil, publicados entre janeiro de 1994 e setembro de 2016. Para tal, foram utilizadas as bases de dados da BVS (MEDLINE, LILACS, IBECs e BDNF), PUBMED, PsycNET, CHROCAN e CINAHL. Os descritores usados foram: “*primary health care OR family health strategy AND evaluation AND child health OR child*”. Esses descritores foram escolhidos mediante consulta aos Descritores em

Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MeSH).

Os critérios de inclusão utilizados na análise dos artigos foram: estudos publicados entre janeiro de 1994, data de implantação da Saúde da Família no país, e setembro de 2016; nos idiomas inglês, espanhol e português; e que tratassem da assistência da APS às crianças de zero a cinco anos de idade. Foram excluídos os artigos de revisão bibliográfica, artigo no formato de teses, dissertações, monografias, editoriais e relatos de caso; estudos com dados de crianças não brasileiras; estudos que não se reportassem a serviços da APS e aqueles que não apresentassem 80% dos itens requeridos por escalas de avaliação da qualidade da publicação.

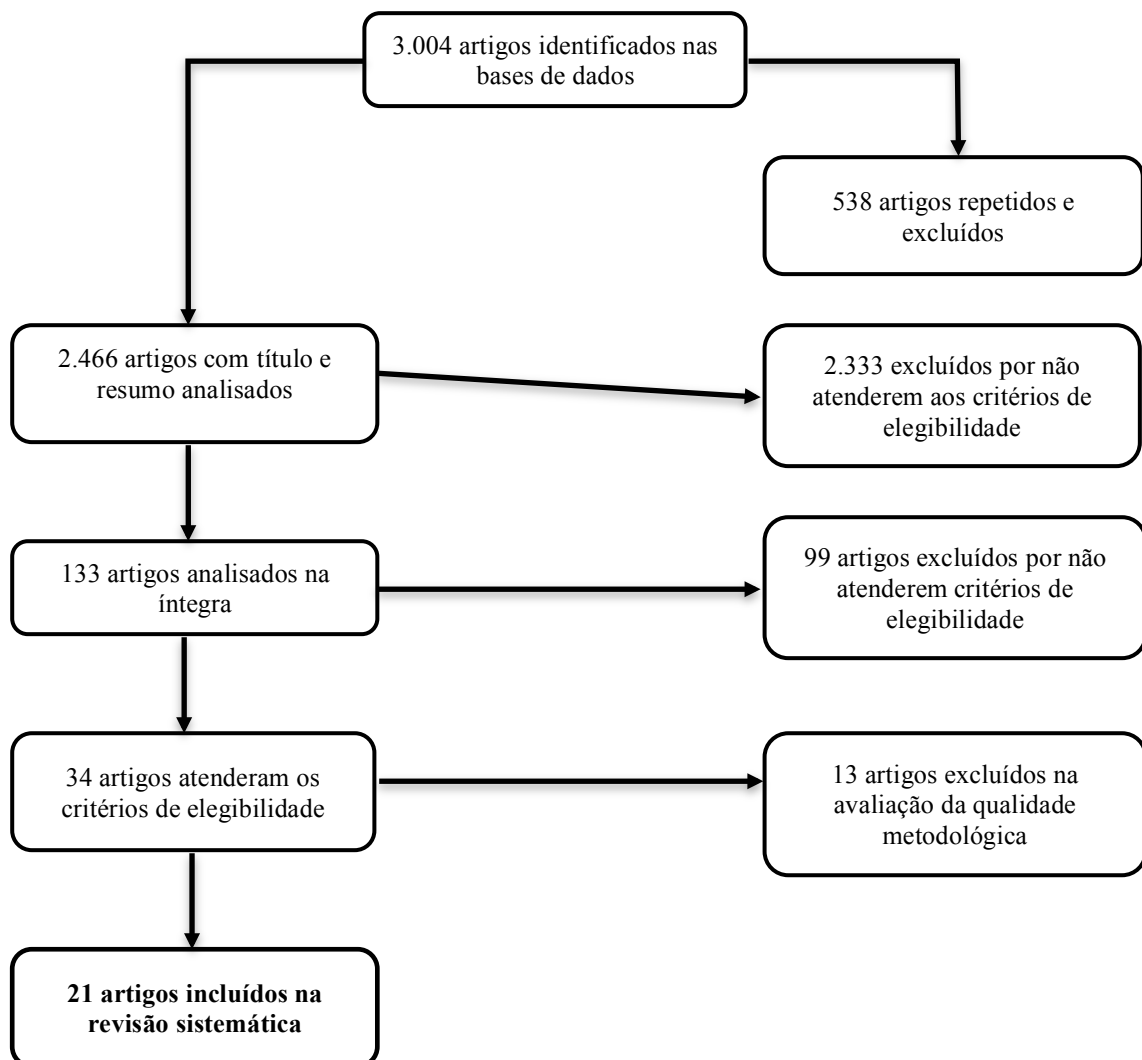
Devido à variedade metodológica dos estudos encontrados, todos os artigos selecionados foram avaliados de acordo com instrumentos reconhecidos de avaliação metodológica. Para os estudos observacionais utilizou-se a iniciativa *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)¹⁶. Trata-se de um instrumento que estabelece recomendações para melhorar a qualidade de estudos observacionais. A iniciativa STROBE possui reconhecimento internacional, já tendo sido publicada em diferentes línguas, e adotada pelos editoriais de várias revistas científicas. Assim, é proposta uma lista de 22 itens, que devem estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e nas discussões dos artigos, para que sejam considerados de qualidade. A iniciativa STROBE foi traduzida e validada no Brasil em 2008¹⁶ e, nessa versão, pesquisadores estabeleceram a categorização da qualidade dos artigos, sendo “A”, caso preencha 80% ou mais dos critérios da lista; “B”, para 50 a 79% dos itens; e “C”, menos de 50%¹⁶⁻¹⁸. Para os estudos qualitativos utilizou-se o *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR)¹⁹ que é um instrumento proposto por pesquisadores americanos e adotados por revistas brasileiras e internacionais que, assim como o STROBE, propõe uma série de itens, que devem estar presentes na estrutura de pesquisas qualitativas. A avaliação da elegibilidade temática dos artigos foi realizada por dois revisores independentes. Já a avaliação metodológica pela STROBE e SRQR, por apenas um dos revisores.

Resultados

Após a pesquisa, nas bases eletrônicas de dados, foram identificados 3.004 artigos. Destes, 538 foram excluídos por estarem repetidos entre as bases. Em seguida, foram analisados os títulos e resumos de 2.466 artigos, destes, 2.333 foram excluídos por não atenderem aos

critérios de elegibilidade da pesquisa. Os 133 artigos restantes foram lidos e analisados na íntegra. Destes, 99 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo. Os 34 artigos restantes, que abordavam a temática específica da pesquisa, foram analisados conforme a escala STROBE e SRQR. Destes, 13 foram excluídos por não terem atingido a pontuação igual ou superior a 80% dos itens preconizados pelos instrumentos de avaliação de qualidade metodológica, restando 21 artigos, que foram selecionados para o presente estudo. É importante relatar que, para os estudos que utilizaram metodologia quanti-qualitativa, propôs-se que estes fossem avaliados por ambos os instrumentos de qualidade. Caso alcançasse a pontuação igual ou superior em uma das duas avaliações, o mesmo seria incluído na revisão. A apresentação esquemática do processo de seleção dos artigos se encontra na Figura 1.

Figura 1: Diagrama de fluxo da seleção de artigos para a revisão sistemática, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017.



Na Tabela 1 são apresentadas as características gerais dos estudos selecionados, constando o ano de publicação, a revista, o local onde foi realizado o estudo, o tipo de abordagem metodológica, o tipo de instrumento de avaliação da APS, os sujeitos do estudo (amostragem e faixa etária), além dos objetivos de cada pesquisa.

Tabela 1: Características descritivas dos estudos identificados na revisão sistemática, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Autor (ano)	Revista	Cenário do estudo	Abordagem metodológica	Instrumento de avaliação	Amostra/ Faixa etária	Objetivo
Silva CB <i>et al.</i> (2016) ²⁰	Revista Brasileira de Enfermagem	Santa Maria (RGS)	Estudo Transversal	PCATool Brasil – Versão criança	71 crianças e adolescentes de 0 a 19 anos com HIV	Comparar a qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV entre os tipos de serviços, na experiência dos familiares/ cuidadores
Harzheim E <i>et al.</i> (2016) ²¹	Ciência & Saúde Coletiva	Rio de Janeiro (RJ)	Estudo transversal	PCATool Brasil – Versão criança	3.145 crianças de 0 a 12 anos de idade	Avaliar os limites e as possibilidades dos avanços obtidos na APS do município do Rio de Janeiro, desde a experiência dos usuários, tanto adultos como crianças.
Silva AS, Fracoli LA (2016) ²²	Revista Brasileira de Enfermagem	Microrregião de saúde de Alfenas (MG)	Estudo avaliativo, quantitativo e transversal	PCATool Brasil – Versão criança	330 adultos responsáveis por crianças de 0 a 2 anos de idade.	Avaliar a assistência à criança menor de dois anos de idade prestada na Estratégia de Saúde da Família.
Oliveira VBCA, Verissimo MLOR (2015) ²³	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Colombo (PR)	Estudo transversal com abordagem quantitativa	PCATool Brasil – Versão criança	482 responsáveis ou acompanhantes habituais de crianças com até um de vida	Comparar a presença e a extensão de atributos da APS à saúde da criança entre as Unidades de ESF e UBSS tradicionais do município de Colombo.
Araújo JP <i>et al.</i> (2014) ²⁴	Acta Paulista de Enfermagem	Um município do Estado do Paraná (PR)	Estudo transversal, descritivo e avaliativo	PCATool Brasil – Versão criança	548 menores de 12 anos de idade	Identificar a extensão dos atributos da orientação familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de atenção primária.

Ferrer APS <i>et al.</i> (2014) ²⁵	<i>Health Policy and Planning</i>	São Paulo (SP)	Estudo transversal, descritivo e analítico	PCATool Brasil – Versão criança	501 crianças de 0 a 14 anos de idade hospitalizadas por condições preveníveis	Comparar dois modelos de atenção à saúde, em relação à longitudinalidade do cuidado, a partir da perspectiva de usuários, correlacionando os achados com a utilização dos serviços da ESF.
Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS (2014) ²⁶	Ciência & Saúde Coletiva	Pouso Alegre (MG)	Estudo transversal, observacional, não controlado e analítico	PCATool Brasil – Versão criança	419 crianças de 0 a 24 meses registradas nos serviços de APS do município	Avaliar, a partir da percepção de cuidadores, os atributos da APS para crianças de 0 a 2 anos de idade e conhecer os possíveis fatores intervenientes.
Marques AS <i>et al.</i> (2014) ²⁷	Ciência & Saúde Coletiva	São Francisco (MG)	Estudo transversal, descritivo, analítico e de abordagem quantitativa	PCATool Brasil – Versão criança	76 cuidadores de crianças de 0 a 5 anos de idade residentes e cadastradas na área de abrangência de uma ESF	Avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil, segundo a percepção de uma comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais.
Perez LG <i>et al.</i> (2014) ²⁸	Revista de Saúde Pública	Vespasiano (MG)	Estudo transversal	Questionário elaborado pelos pesquisadores	77 profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e 293 crianças menores de 5 anos	Analisar as potencialidades e limitações da ESF, a partir da percepção de profissionais de saúde e usuários.
Rocha ACD e Pedroza DF(2013) ²⁹	Texto Contexto Enfermagem	Queimadas (PB)	Estudo transversal	Questionário elaborado pelos próprios pesquisadores	204 crianças nascidas no ano de 2009 residentes no município de Queimadas PB	Avaliar as ações de acompanhamento do crescimento no contexto da APS no município de Queimadas.

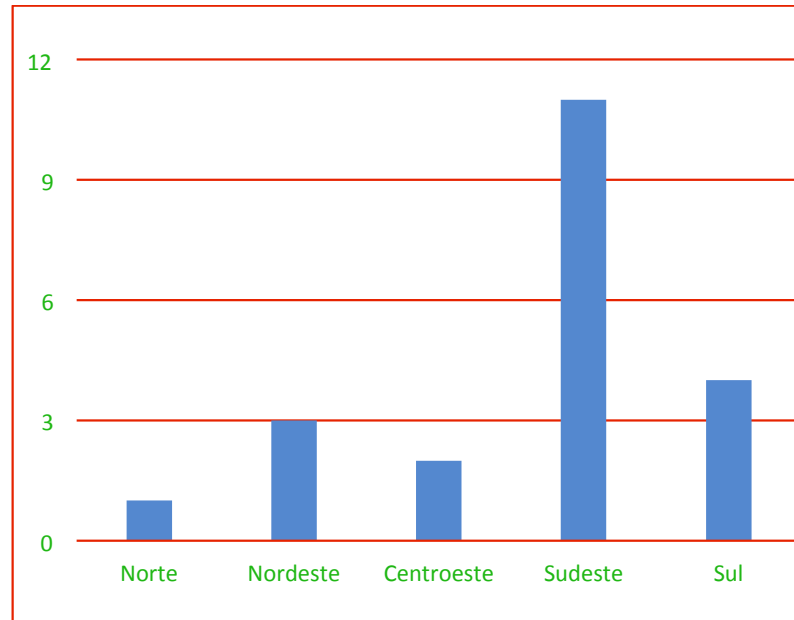
Modes, PSSA, Gaíva MAM (2013) ³⁰	Online <i>Brazilian Journal of Nursing</i>	Cuiabá (MT)	Estudo avaliativo descritivo	Questionário elaborado pelos pesquisadores	12 médicos e 14 enfermeiros da APS	Avaliar, a partir da perspectiva de médicos e enfermeiros, a estrutura de UBSs que assistem crianças menores de um ano no município de Cuiabá.
Modes e PSSA, Gaíva MAM (2013) ³¹	Escola Anna Nery	Cuiabá (MT)	Estudo descritivo avaliativo	Questionário elaborado pelos pesquisadores	127 mães e/ ou responsáveis por crianças menores de um ano nos serviços de APS	Avaliar a satisfação das mães e/ ou responsáveis de crianças menores de um ano quanto à atenção prestada pelas UBSs de Cuiabá.
Sales <i>et al.</i> (2013) ³²	<i>Journal of Human Growth and Development</i>	Maceió (AL)	Estudo transversal, descritivo quantitativo	Instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ)	Todos os médicos (66) e enfermeiros (66) de 66 eSFs do município	Verificar o grau de desenvolvimento das ações de atenção à saúde da criança nas ESF em Maceió.
Machado MMT <i>et al.</i> (2012) ³³	Ciência & Saúde Coletiva	Fortaleza (CE)	Transversal, observacional de base populacional	Questionário elaborado pelos pesquisadores	350 famílias de crianças menores de 5 anos usuárias do SUS	Descrever os aspectos relacionados às dimensões de acesso, características do atendimento e fatores associados à satisfação das mães de crianças menores de cinco anos no município de Fortaleza.
Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC (2011) ³⁴	Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil	Montes Claros (MG)	Estudo transversal de abordagem quantitativa	PCATool Brasil – Versão criança	350 cuidadores de crianças de zero a dois anos de idade, residentes na área de abrangência da ESF urbana.	Comparar os atributos da APS, na assistência à saúde da criança nas ESFs com a de outros serviços de atenção infantil no município, a partir da avaliação de cuidadores.

Luhm KR, Cardoso MRA, Waldman EA (2011) ³⁵	Revista de Saúde Pública	Curitiba (PR)	Estudo descritivo	Informações provenientes do sistema de informações de imunização do município.	2.637 crianças de 12 a 24 meses nascidas em 2002 e residentes em Curitiba PR	Avaliar o programa de imunização em crianças de 12 a 24 meses de idade em Curitiba, com base no registro informatizado de imunização.
Leão CDA, Caldeira AP (2011) ³⁶	Ciência & Saúde Coletiva	Montes Claros (MG)	Estudo transversal de abordagem quantitativa	PCATool Brasil – Versão criança	350 cuidadores de crianças menores de 2 anos de idade residentes e cadastradas nas áreas de ESFs	Verificar a associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional de médicos e enfermeiros de ESFs.
Costa GD et al (2011) ³⁷	Ciência & Saúde Coletiva	Teixeiras (MG)	Estudo observacional de corte transversal de abordagem quanti-qualitativa	Questionário elaborado pelos pesquisadores	161 mães de crianças menores de 2 anos e 35 profissionais de saúde de 4 UBSs do município	Avaliar a atenção à saúde da criança pelo Programa de Saúde da Família (PSF).
Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML (2010) ³⁸	Cadernos de Saúde Pública	Diamantina (MG)	Transversal descritivo	PCATool Brasil – Versão criança	384 responsáveis por crianças de 0 a 6 anos de idade cadastradas em seis ESFs.	Avaliar o acolhimento na perspectiva da postura profissional da ESF, na sua forma de receber, escutar e de aproximar quem cuida de quem é cuidado, na visão de responsáveis por crianças.
Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA (2010) ³⁹	Ciência & Saúde Coletiva	Montes Claros (MG)	Inquérito domiciliar	Questionário elaborado pelos pesquisadores	595 mães de crianças menores de dois anos	Avaliar a qualidade da assistência materno-infantil em áreas assistidas pela ESF estabelecendo uma análise comparativa com serviços tradicionais de APS (centros de saúde) disponíveis, apresentando indicadores de processos vinculados à essa assistência.

Figueiras ACM <i>et al.</i> (2003) ⁴⁰	Caderno de Saúde Pública	Belém (PA)	Transversal descritivo	Questionário elaborado pelos pesquisadores	80 médicos e 80 enfermeiros das ESFs do município	Avaliar as práticas e os conhecimentos relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança por profissionais da APS de Belém.
--	-----------------------------	------------	---------------------------	--	---	--

Dos 21 artigos selecionados, 95,2% foram publicados a partir de 2010. Observou-se também, conforme apresentado na Figura 2, que mais da metade dos trabalhos (11) foram realizados em cidades da região sudeste, sendo 09 destes apenas no Estado de Minas Gerais.

Figura 2: Distribuição dos cenários dos estudos por região no Brasil, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017.



Os artigos foram prevalentemente publicados em periódicos brasileiros (95,2%). Todos utilizaram metodologia quantitativa, sendo dois de metodologia mista, quanti-qualitativa. Não foram encontrados estudos qualitativos que obedecessem aos critérios de inclusão desta pesquisa. O principal instrumento utilizado para a avaliação dos serviços da APS foi o *Primary care assessment tool* (PCATool-Brasil versão criança) (52,4%), seguido por instrumentos propostos pelos próprios pesquisadores (38,1%).

Quanto aos sujeitos que avaliaram os serviços de APS, 85,7% foram pais e /ou cuidadores das crianças, sendo estes, preponderantemente, as mães das crianças. Em 23,8% das pesquisas, os serviços foram avaliados por profissionais da APS, sobretudo por médicos e enfermeiros. Foram avaliados serviços oferecidos para crianças, cuja faixa etária variou de zero a 19 anos de idade, sendo a faixa etária mais estudada a de zero a cinco anos (61,9%). Identificou-se, também, estudos direcionados a grupos específicos como crianças portadoras de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), população quilombola e crianças hospitalizadas por condições sensíveis à APS.

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram, ainda, que os estudos foram realizados em municípios dos mais variados perfis populacionais, desde capitais estaduais a comunidades rurais. Dentre as finalidades das avaliações encontradas, além de descrever e mensurar a qualidade dos serviços, estes ainda se propuseram a comparar o desempenho das diferentes propostas de organização da APS, como entre UBSs tradicionais e a ESF; e avaliar ações específicas da APS, como programa de imunização para crianças, o acolhimento, vigilância à saúde da criança, a estrutura destinada à assistência, além de identificar a influência da qualificação de profissionais no desempenho dos serviços.

Na Tabela 2, percebe-se que a quase totalidade dos estudos estiveram relacionadas aos aspectos de avaliação da estrutura e do processo da APS. Sobre os índices de qualidade das avaliações, constatou-se que, com a exceção de aspectos pontuais, os serviços de assistência da APS, no Brasil, para a criança, apresentam padrões deficitários de qualidade, ou seja, a assistência oferecida está aquém do esperado para esse grupo etário. Apesar do cenário heterogêneo, em que foram realizados os estudos, pode-se identificar alguns aspectos comuns, que ajudam a caracterizar os fatores que contribuíram para a fraca avaliação da assistência: a limitação do acesso e da integralidade dos serviços ofertados; a assistência ainda centrada nos indivíduos e pouco orientada para a família e para a comunidade; a carência de estrutura física adequada, a falta de insumos necessários à assistência e a falta de profissionais; além da baixa qualificação destes e a ausência de programas de treinamento para tais.

Os dados da Tabela 2 ainda apontam que a ESF é unânime na preferência dos usuários. É considerada a principal referência para o cuidado das crianças, e sempre apresenta melhor desempenho, na grande maioria dos aspectos avaliados, em comparação com as UBSs de modelo tradicional. É importante, também, que se destaque que a qualidade do vínculo entre usuários e profissionais, além da qualificação dos profissionais estiveram relacionados aos serviços melhor avaliados.

Tabela 2: Resultado da análise dos artigos selecionados na revisão, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Autor (ano)	Tipo de serviço avaliado	Item avaliado	Indicadores da qualidade dos serviços/ Conclusões
Silva CB <i>et al.</i> (2016) ²⁰	Serviços de APS e Serviço especializado ambulatorial de atendimento a crianças e adolescentes com HIV.	Atributos da APS propostos por Starfield.*	Os resultados indicam que os atributos foram melhor avaliados no serviço especializado (6,4)** que nos serviços de APS (6,1)**, contudo, nenhum dos Escores gerais de ambos não alcançaram o valor mínimo de qualidade (6,6)***. O baixo valor destes atributos foi fortemente influenciado pelas avaliações dos atributos da “Orientação familiar” e “Orientação comunitária” que receberam os escores mais baixos. Todos os demais atributos, com exceção da “Integralidade – serviços prestados” (6,4)** nos serviços da APS, alcançaram o escore de qualidade, indicando forte implantação dos atributos essenciais relacionados ao acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O estudo ainda apontou que os serviços da APS não são a principal fonte de cuidado para 56% da amostra. Os usuários que apontaram a APS como fonte regular da atenção foram aqueles que possuem mais tempo de descoberta do diagnóstico. Não houve associação entre as características da amostra e o alto valor do escore geral da APS. Os resultados apontam para a necessidade de se reconhecer os serviços de APS como um espaço para a promoção da saúde para crianças portadoras de HIV.
Harzheim E <i>et al.</i> (2016) ²¹	ESF e UBS mista (parcialmente coberto por ESF)	Atributos da APS propostos por Starfield.*	Os resultados indicam que não houve diferença significativa entre os serviços de ESF e UBS mista para os “Escore Geral” e “Essencial”. Nem a ESF (6,1)** nem a UBS mista (6,0)**, alcançaram o escore geral de qualidade*** dos atributos da APS. Contudo, os serviços com ESF foram melhores avaliados que os com UBSs mistas. Em ambos os tipos de serviço, os atributos melhores avaliados foram: “Grau de afiliação” (7,6 e 7,4)** e “Utilização” (7,9 e 7,9)**. Já os piores avaliados para a “Acessibilidade” (4,8 e 4,5)**, “Orientação familiar” (5,4 e 5,5)** e “Orientação comunitária” (5,4 e 3,9)**, respectivamente. Os resultados indicam a capacidade da APS com ESF em priorizar o atendimento à criança, tendo em vista que essa foi melhor avaliada que a assistência para adultos. A ESF no Rio de Janeiro é considerada em processo de implantação, o que poderia justificar os baixos escores, apesar destes ainda serem superiores aos encontrados em outros estudos com municípios de características similares.

Silva AS, Fracoli LA (2016) ²²	ESF da área urbana	Atributos da APS propostos por Starfield.*	O estudo reporta que nem o “Escore geral” da APS (6,2)** nem o “Escore essencial” (6,4)** dos atributos avaliados alcançaram índice de qualidade ***. Alguns atributos, avaliados isoladamente, alcançaram o índice, como a “Utilização” (8,0)**, “Longitudinalidade” (6,7)**, “Coordenação-integração de cuidados” (6,9)** e “Coordenação-sistemas de informações” (7,0)**. Já os atributos de “Acessibilidade” (4,9), “Integralidade-serviços disponíveis” (5,2)**, “Integralidade-serviços prestados” (6,5)**, “Orientação familiar” (5,1)** e “Orientação comunitária” (5,7)** não obtiveram o escore mínimo de qualidade. O estudo ainda aponta que: as limitações de acesso podem estar relacionadas à dificuldade de marcar consulta no mesmo dia e conseguir aconselhamento rápido por telefone; já a baixa avaliação da “integralidade” se relaciona à pouca disposição de serviços preconizados para a APS; e os baixos escores das orientações familiar e comunitária indicam a pouca valorização da opinião dos cuidadores e as características dos grupos familiar e comunitário. Ressalta-se ainda que apenas 56,3% da amostra apontou a ESF como fonte principal de cuidado para a criança. A coexistência de equipes de UBS tradicional pode estar relacionada à baixa referência da ESF para a assistência à criança.
Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR (2015) ²³	ESF e UBS tradicional localizadas na área urbana	Atributos da APS propostos por Starfield.*	As unidades com ESF tiveram todos os atributos da APS melhor avaliados que os apresentados pelas UBSs tradicionais, com significância estatística. O “Escore geral” da ESF apresentou forte grau de implantação (6,6)***, diferente das UBSs tradicionais (3,9)**. Ainda assim, cinco atributos da ESF foram alcançaram o índice de qualidade, sendo eles a “Acessibilidade” (5,1)**, “Longitudinalidade” (5,4)**, “Coordenação - sistemas de informações” (6,3)**, “Integralidade - serviços disponíveis” (6,2)** e “Orientação comunitária” (5,6)**. Nenhum atributo alcançou o índice de qualidade nas UBSs tradicionais. Os principais fatores que explicaram os baixos escores em ambos os tipos de serviços foram: o acesso dificultado e demorado para a assistência, indisponibilidade dos registros de informações e a falta de acesso às mesmas, falta de acesso aos serviços de atenção à saúde da criança, o conhecimento insuficiente sobre a família e a comunidade. Apesar dos resultados satisfatórios nas ESFs, o estudo aponta para a necessidade de rever as ações da saúde da criança visando à melhoria dos atributos em ambos os modelos de atenção.
Araújo JP <i>et al.</i> (2014) ²⁴	ESF e UBS tradicional	Atributos da “Orientação comunitária” e “Orientação familiar” da APS propostos por Starfield.*	Ambos os atributos avaliados, “Orientação familiar” (4,4)** e “Orientação comunitária” (5,1)** não alcançaram o índice de qualidade**. O estudo indica que os serviços de saúde dos municípios avaliados ainda se encontram, prevalentemente, no modelo de UBSs tradicionais e com a assistência mais centrada na abordagem individual do que na familiar e/ ou comunitária.

Ferrer APS <i>et al.</i> (2014) ²⁵	ESF e UBS tradicional	Atributo da “Longitudinalidade” do cuidado da APS conforme proposto por Starfiel.*	Na avaliação geral, o atributo da “Longitudinalidade” não alcançou o índice de qualidade (4,9)**. O estudo sugere que os usuários da ESF apresentam melhor padrão de uso dos serviços de APS, o que reflete na melhor avaliação do atributo em relação à UBS tradicional. Assim, os usuários da ESF foram 66% mais propensos a considerar o atributo apropriado.
Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS (2014) ²⁶	ESF e UBS tradicional	Atributos da APS propostos por Starfield.*	Os resultados indicam 77,1% dos usuários apontam a ESF como serviço de preferência para o cuidado da criança. Apesar disso, a avaliação feita aponta para a fraca implantação dos seus atributos para a assistência à criança. O “Escore geral” alcançado foi de 5,2**, sendo 85,0% de avaliações negativas. Apenas o atributo “Longitudinalidade” (7,8)** alcançou o índice de qualidade**. Os piores atributos avaliados foram “Acessibilidade” (4,7)** e “Integralidade - serviços disponíveis” (2,9)**. Em ambos 91,5% e 94,6%, dos usuários atribuíram baixos escores a esses atributos. Os piores escores dos atributos da APS tiveram associação significativa para crianças que não tinham irmãos, do sexo feminino, com classificação socioeconômica A ou B e que tinham cuidadores masculinos e sem companheira.
Marques AS <i>et al.</i> (2014) ²⁷	ESF de uma comunidade rural quilombola	Atributos da APS propostos por Starfield.*	A avaliação indica que a ESF é tida por mais de 80% dos usuários como referência para o cuidado da criança. Contudo, o “Escore geral” dos atributos da APS ali prestada, foi de 6,4**, não alcançando ainda o índice de qualidade. Dentre os atributos avaliados, apenas “Acesso de primeiro contato – utilização” (9,1)** e “Coordenação – sistemas de informações” (6,9)**, conseguiram o índice de qualidade. Os atributos piores avaliados foram “Acesso de primeiro contato – acessibilidade” (4,8)** e “Orientação familiar” (3,8)**. A baixa fidelidade dos atributos da APS denota o descompasso entre as ações que são desenvolvidas e as desejáveis diante do cenário de iniquidade.
Perez LG <i>et al.</i> (2014) ²⁸	ESF	Aspectos relacionados à qualidade dos serviços, práticas de comunicação dos profissionais, problemas encontrados na assistência	A percepção de acessibilidade e de qualidade da assistência é melhor entre os profissionais do que entre usuários. Os cuidadores e profissionais identificaram deficiências semelhantes (serviços pouco acessíveis, falta de profissionais de saúde e má formação dos profissionais), assim como os pontos fortes dos serviços (comunicações entre os ACSs, prestação de informação educativa e cuidados pediátricos). O problema mais comum percebido foi a falta de profissionais de saúde. A maioria dos profissionais apontou insuficiência de treinamentos em quantidade, conteúdo e método. No geral, ambos os entrevistados relatam estarem satisfeitos com os serviços, apesar das limitações. Constatou-se que, a satisfação dos cuidadores com os serviços esteve mais ligada à relação com os profissionais e não relacionada ao acesso aos serviços de prevenção e promoção.

Rocha ACD e Pedroza DF(2013) ²⁹	ESFs urbanas e rurais	Aspectos relacionados à estrutura e ao processo do acompanhamento do crescimento de crianças	A avaliação da estrutura aponta que a principais limitações tange à ausência de equipe mínima de profissionais nas unidades de saúde em torno de 20%. Quanto ao processo, apontam-se: cerca de 60% dos enfermeiros não receberam treinamento para as ações de assistência, e mais de 60% de ausência de registros dos atendimentos nos cartões das crianças nos últimos três meses. O ponto positivo foi que 75% do atendimento prestado são embasados em protocolos clínicos. Os achados indicam a não consolidação da ação de acompanhamento do crescimento na APS, conforme preconizado pelas políticas públicas.
Modes, PSSA, Gaíva MAM (2013) ³⁰	ESF e UBS tradicional urbanas e rurais	Aspectos da estrutura das UBSs para a assistência à saúde da criança	Os resultados apontam que 61,5% das Unidades de Saúde não possuíam sala para recepção ou de espera para paciente. Contudo, todas possuíam consultórios para enfermeiros e médicos, salas de vacinação e espaço para dispensa de medicamentos. A disposição de materiais como escala e tábua de mensuração, esfigmomanômetro, otoscópio e estetoscópio para crianças são insuficientes para todas as unidades. Há boa disposição dos medicamentos que são padronizados pela Secretaria de Saúde, como antibióticos, sulfato ferroso, Dipirona, Paracetamol, soro para reidratação oral e vacinas, além de formulários do SINAN e SISVAN. Contudo, registram-se carência de formulários do SIAB e cartões de vacina. Apenas 53,8% dos profissionais possuem computadores, porém sem acesso à internet. A estrutura para a assistência à criança não corresponde aos padrões mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde.
Modes PSSA, Gaíva MAM (2013) ³¹	ESF e UBS tradicional	Aspectos relacionados ao processo e resultado da assistência à saúde da criança	Na avaliação da dimensão processo, observou-se que 60,6% das crianças recebem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que é realizado por médicos e enfermeiros dos serviços. A pressão arterial da criança é o parâmetro menos verificado. O enfermeiro é o profissional que mais usa a Caderneta de Saúde da Criança, apesar do seu preenchimento ainda ser deficitário. Cerca de 75,6% das mães confirmaram que conseguem entender os assuntos discutidos com os profissionais, e 62,2% relatam ter espaço para verbalizarem dúvidas e preocupações. A qualidade do atendimento foi avaliada como regular e a atuação dos profissionais como boa. O grau de satisfação foi associado às orientações sobre prevenção de acidentes, violência e problemas respiratórios, bem como a existência de um espaço para discutir preocupações sobre a criança durante a consulta e ao recebimento gratuito de medicamentos.
Sales <i>et al.</i> (2013) ³²	ESFs	Padrões de qualidade das ações da atenção da saúde da criança preconizadas pelo AMQ	O grau de desenvolvimento das ações para a atenção à saúde da criança de acordo com os parâmetros do AMQ foi: padrão elementar (84,1%), padrão desenvolvimento (69,7%), padrão consolidado (58,6%), padrão bom (82,1%) e padrão avançado (47,7%). Os achados sugerem que a qualidade da atenção à saúde da criança apresenta padrões básicos de desenvolvimento. A análise indica que as equipes com menos tempo de implantação tem padrões de qualidade mais avançados.

Machado MMT et al (2012) ³³	ESFs	Aspectos relacionados ao acesso, atendimento e satisfação	Os resultados indicam que, quanto ao acesso aos serviços de saúde: 91,1% das crianças consultaram nos últimos 6 meses; 77,4% utilizaram a UBS próxima de sua casa; 72,6% relataram até duas horas de espera para serem atendidas; e 51,7% recebem visitas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No item atendimento: 74,0% dos usuários referiram ao médico como responsável pelo último atendimento; 57,7% sabem o nome do profissional que os atendeu; e 63,7% dos profissionais trataram a mãe/ criança pelo nome. Já a satisfação dos usuários, 2/3 das mães referiram estar satisfeitas com o último atendimento da criança. Os principais fatores associados com a satisfação foram: o profissional tratar mãe/ criança pelo nome, o atendimento no mesmo dia e a sala de espera possuir entretenimento para a criança. Os principais aspectos positivos do estudo apontam para a facilidade do acesso da criança aos serviços de saúde. Todavia, o negativo foi a assistência ainda focada no modelo curativista e com poucas ações de promoção e prevenção. A satisfação dos usuários esteve relacionada à relação estabelecida com os profissionais.
Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC (2011) ³⁴	ESF e outros serviços de assistência à saúde da criança do município	Atributos da APS propostos por Starfield	O estudo mostra que 77,7% dos usuários têm a ESF como referência para o cuidado da criança. Os resultados apontam diferenças significativas entre os dois tipos de serviços avaliados, em que as ESFs apresentam os melhores escores. Nem a ESF (6,4)** nem os outros serviços (5,7)** alcançaram o “Escore geral” de qualidade da APS**. Contudo, alcançaram para o “Escore essencial”, o que denota a maior fragilidade, em ambos os serviços, relacionada aos atributos da “Orientação à familiar” e “Orientação comunitária”. Os dois tipos de serviços também obtiveram fraca orientação aos atributos da “Acessibilidade” e “Integralidade - serviços disponíveis”. A melhor avaliação da ESF esteve relacionada aos usuários que mais utilizaram os serviços e à escolaridade materna.
Luhm KR, Cardoso MRA, Waldman EA (2011) ³⁵	Programa de Imunização para crianças de Curitiba PR	Aspectos relacionados à cobertura vacinal, perfil dos usuários e perfil de utilização dos serviços de APS	Os resultados mostraram que a cobertura vacinal das crianças foi de 95,3% aos 12 meses e 90,3% aos 24. Cerca de 98% dos registros de imunização estavam informatizados. Foi identificado o sub-registro de doses de vacinas de 11% e duplicidade de 20,6%. As maiores coberturas vacinais estiveram relacionadas às crianças com cadastro definitivo nos serviços de APS e àquelas com três ou mais consultas em EFSs. A cobertura vacinal se mostrou elevada e homogênea entre as áreas avaliadas. O vínculo com os serviços de saúde foi considerado fator importante para tais resultados.
Leão CDA, Caldeira AP (2011) ³⁶	ESF	Associação entre os atributos da APS e a qualificação de médicos e enfermeiros da ESF	Os resultados mostraram que as equipes que atuavam com profissionais, com formação em residência em saúde da família ou residência de medicina da família e comunidade, apresentam escores dos atributos da APS mais elevados.

Costa GD et al (2011) ³⁷	ESF	Dimensões de estrutura, processo e resultados	A qualidade da estrutura das unidades de saúde para a atenção à saúde da criança foi considerada intermediária. Foram apontadas limitações dos espaços físicos, além da falta de recursos materiais, protocolos, dentre outros, para a assistência à criança. A dimensão do processo também foi considerada intermediária. Nesta, identificaram-se ações assistenciais limitadas e fragmentadas, ações curativistas, além da falta de capacitação dos profissionais para ações de preventivas e de promoção. Já nos resultados que, mais uma vez classificado intermediário, destacaram-se os avanços encontrados no acolhimento, contudo há importantes limitações no desenvolvimento de atividades preventivas e de promoção à saúde. A síntese da avaliação configura-se um cenário intermediário na atenção à criança, com avanços incipientes na sua reorganização.
Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML (2010) ³⁸	ESF	Avaliar a prática do acolhimento à criança	O estudo mostrou que 77,6% dos entrevistados tinham a ESF como referência para a assistência da criança e, dentre as principais razões apontadas, têm-se a relação entre usuários e profissionais do serviço. Na avaliação do acolhimento 74,2% dos usuários consideram que o profissional entende o que o eles dizem e perguntam; 79,2% respondem suas indagações da forma que entendem; 77,2% relatam conseguir conversar com os profissionais sempre quando precisam; e 73,2% se sentem à vontade para falar com os profissionais. Os resultados indicam que o acolhimento, a partir da perspectiva da postura do profissional, foi considerado satisfatório.
Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA (2010) ³⁹	ESF e UBS tradicional	Aspectos relacionados ao processo da assistência à saúde da criança	Em todas as variáveis avaliadas a atenção oferecida pela ESF obteve melhor desempenho, sendo elas: controle regular/ puericultura, tempo de realização da primeira consulta, registro regular do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacina em dia, suplementação de Ferro e vitamina A, e orientações para prevenção de acidentes. Embora os indícios apontem para o melhor desempenho das ESFs, em relação às UBSs tradicionais, a qualidade da assistência está aquém das necessidades da população, em termos de oferta, qualidade e de novos serviços.
Figueiras ACM et al (2003) ⁴⁰	ESF e UBS tradicional	Aspectos relacionados aos conhecimentos e práticas dos profissionais para a vigilância do desenvolvimento da criança	A avaliação do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil de médicos e enfermeiros das UBSs tradicionais tiveram um melhor desempenho que os das ESFs. Na avaliação das práticas, apenas 21,8% das mães informaram terem sido indagadas sobre o desenvolvimento dos seus filhos; para 27,6% o profissional perguntou ou observou o desenvolvimento da sua criança e outros 14,4% disseram receber orientação sobre como estimulá-las. A conclusão aponta que os profissionais da APS não estão capacitados para o acompanhamento do desenvolvimento da criança, o que repercute na vigilância que não é realizada de forma satisfatória.

* Os atributos propostos por Starfield⁴¹. ** Escore do atributo da APS avaliado pelo PCATool. *** O índice de corte da avaliação dos atributos propostos pelo PCATool é 6,6. Atributos com escores igual ou maior indicam forte implantação. Já os inferiores indicam sua fraca implantação.

Discussão

Os resultados mostram que aos artigos sobre o tema desta revisão se tornaram mais frequentes a partir do ano de 2010, e sendo publicadas, principalmente, em periódicos brasileiros. Estudos mostram⁴²⁻⁴⁴ que a produção científica brasileira é uma das que mais tem crescido em número publicações, nos últimos anos, embora sua qualidade venha sendo alvo de importantes críticas, sobretudo, em função do seu pequeno espaço no cenário científico internacional. No campo da avaliação, no setor saúde, o crescimento das publicações brasileiras esteve diretamente ligado à expansão dos programas de pós-graduação e dos financiamentos de pesquisas científicas no país^{45,46}. Instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), após a Conferência de Alma-Ata em 1978, e agências internacionais de financiamento, exerceram importante influência, na tentativa de institucionalizar a avaliação como instrumento para desenvolver a gestão dos serviços públicos no Brasil. Entretanto, foi a partir do ano 2000, que as pesquisas especialmente sobre a APS e a ESF se difundiram. Uma série de parcerias entre grupos de pesquisas acadêmicas e o Ministério da Saúde impulsionaram o desenvolvimento tanto conceitual e metodológico da avaliação, quanto sua aplicação como instrumento de gestão no país^{46,47}.

Como resultado desse processo, surgiu uma série de iniciativas do Ministério da Saúde para identificar e enfrentar as limitações da APS, além de promover e incentivar a avaliação dos serviços de saúde no Brasil. Uma das primeiras foi a “Sala de Situação” em 2002, ferramenta que permitia, através do monitoramento de informações e indicadores, avaliar a qualidade da atenção oferecida por equipes de Saúde da Família. Outra iniciativa foi a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), em 2005, que propunha uma metodologia de autoavaliação e autogestão, por meio da apropriação de métodos e ferramentas, para a realização de diagnósticos organizacionais dos serviços e das práticas e para a construção de projetos de intervenção sobre os problemas identificados⁴⁸. Em 2010, o Ministério da Saúde lançou o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool – Brasil)⁴⁹, criado por Starfield, Xu e Shi⁴¹ e validado no Brasil, em 2007, por Harzheim⁵⁰. O PCATool permite a avaliação da estrutura e do processo dos serviços de APS, por meio da mensuração do grau de presença e extensão de seus atributos⁴¹. Em 2011 surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que instituiu um novo mecanismo de avaliação e monitoramento da assistência, com base em uma série de indicadores da APS, cujos resultados passaram a ser determinantes para a possibilidade de

ampliar o repasse de recursos financeiros para os municípios a partir de 2012, após o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica^{48, 51, 52}.

Ainda sobre as características das publicações encontradas, foi identificada a prevalência das metodologias quantitativas do tipo observacional. O mesmo foi verificado no estudo sobre o mapeamento e análise de pesquisas avaliativas, financiadas pelo Ministério da Saúde entre 2000 e 2006⁴⁷. De acordo com Turato⁵³, até pouco tempo, as metodologias qualitativas eram vistas como estudos de menor rigor metodológico, o que faziam com que sua publicação, em periódicos científicos, fosse frequentemente negada. Contudo, o mesmo autor relata que tem sido notório o crescimento tanto das publicações das pesquisas qualitativas, quanto do seu uso por profissionais. O que se deve, não apenas à melhor compreensão deste método, como ao desenvolvimento de estratégias de melhor controle metodológico de suas publicações. Tanaka e Melo⁵⁴ afirmam que as pesquisas quantitativas estão relacionadas aos aspectos gerais do fenômeno avaliado; já as pesquisas qualitativas, procuram explicar e entender o fenômeno. Os mesmos ainda acrescentam que a avaliação em saúde é algo complexo e heterogêneo, o que faz com que a mescla destas abordagens seja aconselhável.

No que diz respeito à distribuição dos estudos pelo país, embora de forma desproporcional, foram encontrados estudos realizados em todas as regiões. Entretanto, houve maior concentração nas regiões sudeste e sul, com destaque para o estado de Minas Gerais, com nove das 21 publicações selecionadas. Ao mesmo tempo, pôde-se notar que os estudos das regiões norte, nordeste e centro-oeste estiveram concentrados nas grandes capitais. Esses achados podem estar conexos, não apenas pelo incremento das publicações científicas brasileiras estarem relacionadas ao crescimento dos programas de pós-graduação no país, como também ao fato destes estarem, em sua maioria, localizados nas regiões sudeste e sul do país. Isso vai ao encontro do trabalho de Goncalves *et al.*⁴² que, ao estudar sobre o perfil das publicações científicas da área da pediatria no Brasil, reitera sua recente expansão, bem como concentração nestas regiões supracitadas. Outra explicação pode ser a dificuldade de se promover a prática avaliativa fora do contexto acadêmico, apesar das inúmeras iniciativas e instrumentos existentes⁵⁵. A avaliação é uma atividade estritamente intelectual e dispendiosa, que requer domínio técnico, rigor metodológico, além de imparcialidade na condução de suas conclusões. Há poucos métodos poucos dispendiosos e, até mesmo, carência de pessoal qualificado para a atividade. Daí a necessidade da contínua integração das instituições de ensino e os serviços de saúde, de forma não só a desenvolver parcerias para promover a

qualificação de pessoal, como a colaboração técnica e atividades de extensão que favoreçam a aplicação contínua das práticas avaliativas⁵⁵.

Sobre os instrumentos utilizados para avaliar os serviços de saúde da criança, o mais utilizado foi o *PCATool* Brasil na versão criança, que, conforme exposto anteriormente, desde 2010 é preconizado pelo Ministério da Saúde para avaliar a APS. Outro estudo de revisão realizado por Fracoli *et al.*⁵⁶, apresenta achado similar. Este aponta que, o *PCATool*, além de ser o instrumento mais utilizado nos estudos de avaliação da APS, mostrou-se o mais adequado, dentre os instrumentos encontrados. Achados similares são apontados nos estudos de Figueiredo *et al.*¹² e de Malouin, Starfield e Sepulveda⁵⁷ que, na análise de diferentes instrumentos para avaliar os princípios da APS, apontam o *PCATool* como o recomendado.

O *PCATool*, versão criança, é constituído por 58 questões que permitem avaliar os aspectos da estrutura e do processo dos serviços de APS, com base no grau de implantação e extensão dos seus atributos⁵¹. Os atributos da APS, também preconizados por Starfield⁵⁸, mesma idealizadora do instrumento, são: o “Grau de afiliação”, que mensura a identificação dos usuários com o serviço; o “Acesso de primeiro contato – utilização”, que trata da extensão do acesso aos serviços; o “Acesso de primeiro contato – acessibilidade”, que diz sobre as características da oferta dos serviços; a “Longitudinalidade”, que trata da continuidade da assistência ao longo do tempo; a “Coordenação – integração dos cuidados”, que fala da sincronia entre os serviços de referência e contra-referência; “Coordenação – sistemas de informações”, fala sobre a qualidade e o acesso às informações do usuário; “Integralidade – serviços disponíveis”, da disposição dos serviços básicos na APS; “Integralidade – serviços prestados”, acesso aos serviços de prevenção e promoção; “Orientação familiar”, reconhecimento da família como parte do cuidado; e “Orientação comunitária”, participação da comunidade e controle social. Com base na média de todos desses atributos é possível calcular o “Escore geral” da APS, cujos valores acima de 6,6, numa escala de 0 a 10, indicam forte implantação dos atributos. Além destes, calculam-se com a mesma metodologia, porém com a média de atributos diferentes, os “Escore essencial” e o “Escore derivado”^{51,58}.

O *PCATool* apresenta uma série de vantagens que favorece a sua utilização. Trata-se de um instrumento que é recomendado pelo Ministério da Saúde, que já foi validado e aplicado em outros países^{57,59-61}, e que ainda permite comparar a qualidade de diferentes tipos de serviço na APS⁴¹, como entre eSFs e as UBSs tradicionais, conforme constatado nessa revisão. O

PCATool ainda é constituído de três versões, sendo elas as versões adulto, profissional e criança, o que torna o instrumento mais rico, pois permite que a avaliação seja realizada por diferentes atores, ainda permitindo a comparação de seus resultados⁶².

Nos achados da revisão, além da mensuração da qualidade do desempenho dos serviços, a comparação entre as diferentes propostas de organização da APS foi algo recorrente. A atual Política Nacional da Atenção Básica⁵¹, embora reconheça as diferentes modalidades de organização da APS, a ESF compõe a estratégia prioritária, tendo em vista as evidências do seu melhor desempenho^{63,64} reconhecido até internacionalmente⁶⁵. A proposta da ESF se distingue dos demais modelos por se tratar de uma proposta de trabalho, que se desenvolve a partir de uma equipe multiprofissional, e no desenvolvimento de um conjunto de ações organizadas para uma área adscrita de abrangência. Assim, a ESF deve desenvolver um modelo de assistência, com base na vigilância em saúde, realizada por equipes multiprofissionais, com territorialidade definida, adscrição e participação dos usuários, além de ser integrado com uma rede assistencial regionalizada e poliarquizada⁵¹.

A existência das UBSs tradicionais ainda reporta à permanência de um modelo de assistência baseado na oferta de atividades, que priorizam as intervenções clínicas e sanitárias, nos problemas de saúde da comunidade⁵¹, o que já foi apontado pela literatura^{66,67}, como incapaz de atender às propostas organizacionais do SUS e da APS, conforme corrobora os achados desta revisão.

Nesta revisão constatou-se melhor desempenho geral da ESF em relação às UBSs tradicionais quanto à preferência dos usuários, capacidade de oferecer serviços e criação de vínculo entre profissionais e usuários. Além disso, a ESF foi apontada como principal fonte de cuidados às crianças, quando comparada com os outros modelos.

Apesar destes resultados, é importante que se destaque que os estudos analisados, nesta revisão, apontam que a ESF ainda enfrenta fortes limitações para a oferta de atenção à saúde de qualidade, para a população infantil. Dentre os aspectos com pior avaliação, destaca-se a acessibilidade aos serviços. Tendo em vista as divergências encontradas entre os conceitos de acesso e acessibilidade na literatura⁶⁸, o entendimento aqui adotado, foi o proposto por Donabedian⁶⁹, que trata ambos como sendo de significados semelhantes, ou seja, a propensão dos usuários obterem a assistência de modo fácil e conveniente. Sendo assim, dentre as

principais dificuldades relativas à acessibilidade, observou-se que, embora os usuários ainda tenham importante afiliação aos serviços, e os tenham como referência para a atenção a criança, dificuldades como limitações geográficas, carência de estrutura adequada para os serviços, falta de profissionais, falta de oferta de ações assistenciais, dificuldade de marcação de atendimento e demora para o mesmo, ainda constituem barreiras para o acesso pleno aos serviços²².

Observa-se que a concepção da acessibilidade está diretamente relacionada ao outro fator apontado como responsável pela fraca avaliação da APS: a falta da integralidade dos serviços. Esta diz respeito à disposição e à continuidade dos serviços, além da resolutividade dos mesmos. Ou seja, a assistência à saúde da criança encontra-se fragmentada e descontínua, e não oferece todas as ações necessárias para a assistência integral à saúde da criança. Os estudos^{26,27} tratam da necessidade dos serviços reconhecerem as reais demandas de sua comunidade e, a partir desta, serem capazes de dispor de toda a variedade de serviços e ações para a criança.

As limitações em torno da centralidade das ações na família e na comunidade é um dos aspectos mais listados na literatura, com avaliação insatisfatória na APS. Esse achado evidencia que a assistência na APS ainda é centrada nos indivíduos, com pouco foco no meio em que estes estão inseridos. Na atenção à saúde da criança, o ambiente social desfavorável, a precariedade de hábitos higiênicos, os ambientes insalubres, a violência familiar são alguns dos principais responsáveis pelas demandas de assistência da criança na APS. O desconhecimento destes determinantes de doenças das crianças, assim como do contexto em que estes surgem, e a falta de ações de prevenção e promoção culminam, certamente, não apenas na maior demanda das ações de saúde, como na piora da qualidade da atenção à criança^{22,27,32}.

O aspecto mais relacionado à avaliação positiva dos serviços foi a qualidade do relacionamento dos usuários com os profissionais. A qualidade desse relacionamento foi evidenciada pelo acesso da população aos profissionais, a capacidade de obtenção de informações, o fato dos usuários conhecerem os profissionais, o acolhimento e a criação do vínculo^{28,38,39}. Esse achado mostra que, apesar das dificuldades organizacionais e estruturais da APS, a melhoria da qualidade da relação entre usuário e profissional é uma importante

conquista para os serviços de saúde baseados na ESF. A relação usuário-profissional é apontada como um dos pilares para a qualidade do cuidado na APS^{38,58}.

É importante que se relate que os achados do presente estudo apresentam, como principal limitação, o fato da avaliação da qualidade metodológica dos artigos ter sido feita por apenas um avaliador. Contudo, o mesmo se qualifica tendo em vista a robustez da metodologia aqui empregada, caracterizada pela orientação do PRISMA, para a condução do estudo, e o uso de instrumentos como o STROBE e SQRQ para a avaliação da qualidade dos artigos incluídos neste estudo.

Conclusão

Os achados desta pesquisa mostram que, apesar do número de estudos avaliativos da assistência à saúde no Brasil ter se expandido, na última década, os estudos relacionados à atenção à saúde da criança ainda são poucos e concentrados na região sudeste e em grandes capitais. A maioria das pesquisas tem se detido à aplicação de métodos quantitativos de avaliação, evidenciando a carência de estudos qualitativos. O *PCATool*, versão criança, foi o instrumento mais utilizado para avaliar os serviços e apontado, pelos estudos, como o instrumento mais adequado para esta avaliação.

Os resultados dos estudos evidenciam que os índices de qualidade dos serviços de APS para as crianças se encontram aquém do necessário, indicando que a organização da APS ainda enfrenta grandes desafios para a oferta de serviços de qualidade, apesar dos avanços já conquistados. Os resultados apontam, ainda, o enorme potencial da APS, estruturada por meio da ESF, para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da criança.

A realização, deste estudo, mostra que a expansão dos estudos avaliativos reforça a busca de uma cultura de gestão, pautada no planejamento em saúde. A pesquisa avaliativa é de extrema utilidade, não apenas para identificar limitações e falhas, mas como meio também de se levantar as potencialidades e avanços da assistência à saúde no Brasil. Contudo, há a necessidade de outros trabalhos nessa direção, que possam complementar e ampliar o escopo dos achados aqui analisados, como pesquisas que englobem a avaliação da qualidade de ações específicas da APS e trabalhem o ponto de vista de gestores, assim como a avaliação das políticas voltadas para a saúde da criança.

Referências bibliográficas

1. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011 Jun 3; 377(9780): 1863-76.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. [Internet]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>. Acesso: 27 Abr, 2016).
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, Cousens S, Mathers C, Black RE. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*. 2015 Feb 6; 385(9966): 430-40.
4. You D, Hug L, Ejdemyr S, Beise J. Levels and trends in child mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. [Internet] New York: United Nations Children's Fund, 2015. Disponível em: http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf (Acesso: 8 Set, 2015)
5. Brasil. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA. 2010.
6. Apostólico MR, Cubas MR, Altino DM, Pereira KC, Egry EY. Contribuição da CIPESC na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Sep; 16(3): 453-62.
7. Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. *Revista Psicologia e Saúde*. 2013 Jun; 5(1): 01-9.
8. Pereira MP, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2006 Jun 1; 2(2).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. (Acesso em 1 Fev, 2017).
10. Ronzani TM, Silva CD. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008 Feb; 13(1): 23-34.

11. da Silva Junqueira T, Cotta RM, Gomes RC, Silveira SD, Siqueira-Batista R, Pinheiro TM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS Labor relations under decentralized health. *Cad. Saúde Pública*. 2010 May; 26(5): 918-28.
12. Figueiredo AM, Kuchenbecker RD, Harzheim E, Vigo Á, Hauser L, Chomatas ER. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013 Mar; 22(1): 41-8.
13. Carvalho AL, Souza MD, Shimizu HE, Senra IM, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Apr; 17(4): 901-11.
14. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. In: *Avaliação: conceitos e métodos*. Fiocruz. 2011.
15. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2009 Jul 21; 6(7):e1000100.
16. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Revista de Saúde Pública*. 2010 Jun; 44(3): 559-65.
17. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gotzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, Poole C, Schlesselman JJ, Egger M, Strobe Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2007 Oct 16; 4(10): e297.
18. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gotzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, Poole C, Schlesselman JJ, Egger M. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gaceta sanitaria*. 2009 Apr 30; 23(2): 158-e1.
19. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*. 2014 Sep 1; 89(9): 1245-51.

20. da Silva CB, de Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. *Rev. Bras. Enferm.* 2016 Jun; 69(3): 522-531.
21. Harzheim E, Hauser L, Pinto LF, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & saúde coletiva.* 2016; 21(5); 1399-1408.
22. da Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2016 Jan; 69(1): 47-53.
23. de Oliveira VB, Veríssimo MD. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015 Feb 1; 49(1): 30-6.
24. 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.
25. Ferrer AP, Brentani AV, Sucupira AC, Navega AC, Cerqueira ES, Grisi SJ. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services-Brazilian evidence. *Health policy and planning.* 2014 Sep 1; 29(supl 2): 107-13.
26. Mesquita Filho M, Luz BS, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(7).
27. Marques AS, Freitas DA, Alves Leão CD, Oliveira M, Ketllin S, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014 Feb 1; 19(2).
28. Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JC, Ferreira JA, Leon JS. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. *Revista de saúde publica.* 2013 Apr; 47(2): 403-13.
29. Rocha AC, Pedraza DF. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. *Texto & Contexto-Enfermagem.* 2013 Dec; 22(4): 1169-78.
30. dos Anjos Modes PS, Gaíva MA. Structure of children's basic health units: descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2013 Aug 21; 12(3): 471-81.

31. Modes PS, Gaiva MA. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2013; 455-65.
32. Sales ML, Ponnet L, Campos CE, Demarzo MM, de Miranda CT. Qualidade da atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família. *Journal of Human Growth and Development.* 2013 Aug 23; 23(2): 151-6.
33. Machado MM, Bezerra Filho JG, Machado MD, Lindsay AC, Magalhães FB, Gama ID, Cunha AJ. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012 Nov; 17(11): 3125-33.
34. Leão CD, Caldeira AP, Oliveira MM. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2011; 323-34.
35. Luhm KR, Cardoso MR, Waldman EA. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. *Rev Saúde Publica.* 2011 Feb 1; 45(1): 90-8.
36. Leão CD, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011 Nov; 16(11): 4415-23.
37. Costa GD, Cotta RM, Reis JR, Ferreira MD, Reis RS, Franceschini SD. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011 Jul 1: 3229-40.
38. Ribeiro LD, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members. *Cad. saúde pública.* 2010 Dec; 26(12): 2316-22.
39. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010 Oct 2;15(s2).
40. de Melo Figueiras AC, Puccini RF, da Silva EM, Pedromônico MR. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil Evaluation of practices and knowledge among primary health care professionals in relation. *Cad. Saúde Pública.* 2003 Nov; 19(6): 1691-9.

41. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*. 2001; 50(2): 161-75.
42. Gonçalves E, Santos MI, Maia BT, Brandão RC, Oliveira EA, Martelli Júnior H. Scientific research in pediatrics produced at the CNPq. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014 Sep; 38(3): 349-55.
43. Petherick Anna. High hopes for Brazilian science. *Nature*. 2010 Jun, 465: 674-5.
44. Strehl L, Calabró L, Souza DO, Amaral L. Brazilian Science between National and Foreign Journals: Methodology for Analyzing the Production and Impact in Emerging Scientific Communities. Bornmann L, ed. *PLoS ONE*. 2016;11(5): e0155148. doi:10.1371/journal.pone.0155148.
45. Viacava F. Scientific production of Brazilian graduate courses in Public Health during 1998-2006. *Ciência & saúde coletiva*. 2010 Jul; 15(4): 1977-88.
46. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. The evaluation of health programs and services in Brazil as a space for knowledge and practice. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Dec; 30(12): 2643-55.
47. Almeida PF, Giovanella L. Assessment of Primary Health care in Brazil: mapping and analysis of research conducted and/or financed by the Ministry of Health from 2000 to 2006. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Aug; 24(8): 1727-42.
48. Savassi LC. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2012 Apr 16; 7(23): 69-74.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília (DF) 2010.
50. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1649-59.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília (DF), 2012.
53. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*. 2005 Jun 1; 39(3): 507-14.
54. Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes. 2004; 121-136
55. Hartz ZM, Silva LM. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. In: *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde 2005*. Fiocruz.
56. Fracoli LA, Gomes MF, Nabão FR, Santos MS, Cappellini VK, Almeida AC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasythesis. *Ciência & saúde coletiva*. 2014 Dec; 19(12): 4851-60.
57. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess medical home. *Managed care*. 2009 Jun.
58. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde 726p., 2004.
59. Starfield B, organizador. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
60. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19: 303-17.
61. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfeld B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2011; 2(8): 6-14.
62. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro. 2012, set; 28 (9); 1772-1784.

63. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009; 32(2): 150–71.
64. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, dos Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & saúde coletiva*. 2016 Feb ; 21(2): 327-338.
65. Johnson CD, Noyes J, Haines A, Thomas K, Stockport C, Ribas AN, Harris M: Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales Globalization and Health. 2013; 9: 25.
66. Elias PE, Ferreira CW, Alves MC, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006 Sep; 11(3): 633-41.
67. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013 Jul; 29: 1370-80.
68. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004 Jan; 20: S190-8.
69. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press; 2002 Dec 26.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o grau de presença e de extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na assistência à saúde da criança na visão de usuários e profissionais que atuam nos serviços de saúde do Município de Diamantina.

3.2- Objetivos Específicos

- Identificar os principais métodos e instrumentos utilizados na avaliação da assistência à saúde da criança na APS no Brasil, assim como identificar os índices de qualidade e seus determinantes;
- Avaliar a qualidade da atenção à saúde da criança na APS, considerando o grau de presença e implantação dos atributos da APS, comparando as áreas urbana e rural do município, na visão de profissionais e usuários;
- Analisar os fatores associados à percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência recebida na APS por crianças, nas áreas urbana e rural do município Diamantina.

4. MÉTODOS

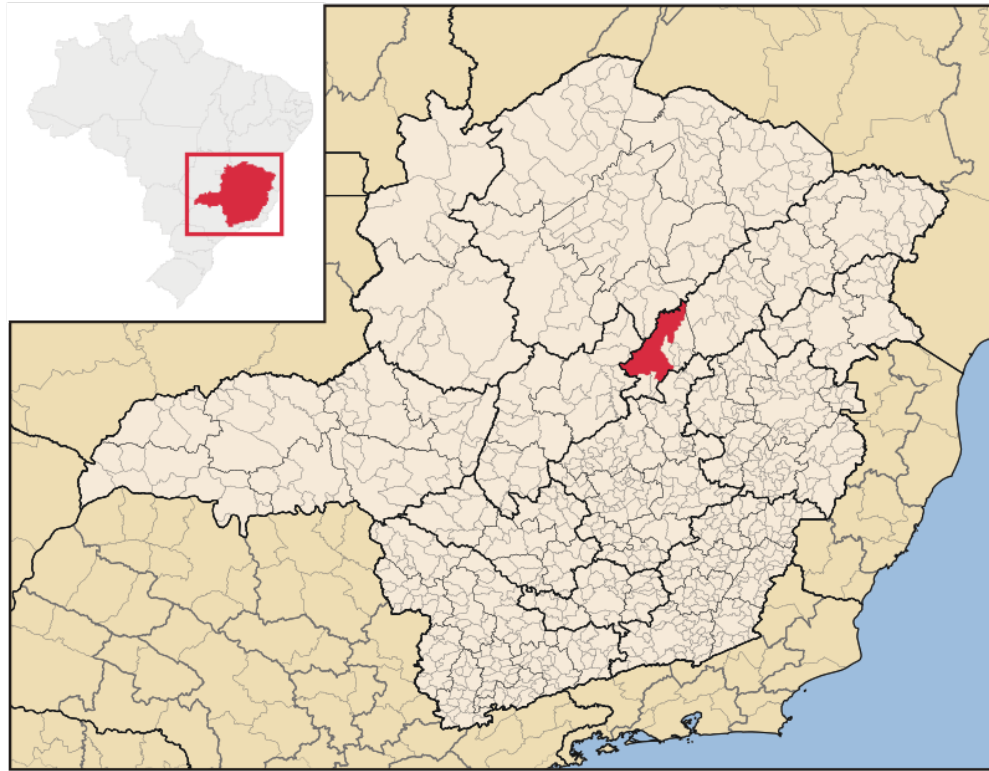
4.1- Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado junto a usuários e profissionais dos serviços de APS das áreas urbana e rural de Diamantina.

4.2- Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado em Diamantina (Figura 1), município localizado no Vale do Jequitinhonha, região nordeste do Estado de Minas Gerais que é reconhecida pelos elevados índices de pobreza. A região é composta por 51 municípios banhados pelo rio Jequitinhonha, de onde a população extrai seus principais recursos econômicos. A região é caracterizada por períodos prolongados de estiagem, o que repercute diretamente no desempenho de sua agropecuária local, que responde por cerca de 30% do Produto Interno Bruto (PIB) regional. Dois terços de sua população ainda residem em áreas rurais. Este contexto somado aos altos índices de analfabetismo, carência de investimentos públicos e privados contribui a manutenção de uma frágil infraestrutura socioeconômica que contribuem para os elevados índices de pobreza, miséria, desemprego, adoecimento e mortalidade sobretudo por causas evitáveis¹. O IDH dos municípios que compõe a varia de 0,565 a 0,716, todos inferiores à média nacional de 0,754².

Figura 1. Mapa do município de Diamantina, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2017.



Fonte: Wikipédia ³.

Diamantina está localizada na parte alta da região e possui uma população de 48.095 habitantes em 2016⁴, sendo 40.058 residentes da área urbana e 8.037 na área rural⁵. O município conta com uma rede assistencial que engloba desde a APS a serviços de alta complexidade. A APS de Diamantina conta com 14 eSFs, sendo oito na área urbana, e duas que assistem tanto à população urbana quanto a rural (aqui denominadas unidades mistas), perfazendo uma cobertura de cerca de 84% da população.

4.3- Sujeitos da Pesquisa e Amostra

Os sujeitos deste estudo foram os responsáveis por crianças de 0 a 4 anos de idade residentes na área adstrita de cada eSF das áreas urbana e rural, além de profissionais médicos e enfermeiros das respectivas equipes.

O cálculo do tamanho da amostra para os usuários foi feito considerando que:

- 80% das crianças de Diamantina utilizam, regularmente, os serviços oferecidos pela APS;
- a proporção de crianças da zona urbana para as da zona rural é de 2:1;

- o poder estatístico desejado é de 80%; e
- nível de confiança de 95%.

Com base no número de crianças cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município⁶ foi feito o levantamento do quantitativo e a distribuição das crianças de acordo com seu local de moradia, considerando inicialmente a região em que residem (urbana ou rural) e depois a área de abrangência de cada equipe, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das crianças de 0 a 4 anos de idade por equipe de Saúde da Família, segundo o local de moradia, Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Região da moradia	Equipe de Saúde de referência	Total de Crianças*	% de crianças, segundo local de moradia	Número de crianças na amostra
Rural	eSF 1	200	26,67	56
	eSF 2	177	23,60	49
	eSF 3	116	15,47	32
	eSF 4	131	17,47	37
	eSF 5 – Rural**	98	13,07	27
	eSF 6 – Rural**	28	3,73	8
	TOTAL área rural	750	29,25	209
Urbana	eSF 7	158	8,71	44
	eSF 8	108	5,95	30
	eSF 9	172	9,48	48
	eSF 10	118	6,50	33
	eSF 11	221	12,18	62
	eSF 12	338	18,63	94
	eSF 13	185	10,20	52
	eSF 14	102	5,62	29
	eSF 5 – Urbano**	183	10,09	51
	eSF 6 – Urbano**	229	12,62	64
	TOTAL área urbana	1.814	70,75	507
Município	Total município	2.564	100	716

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina – MG. Dados referentes a maio de 2014⁶.

* residentes na área de abrangência de cada eSF. ** Equipes mistas.

Foi calculada a proporção de crianças correspondente às áreas urbana e rural na população de zero a quatro anos no município e em seguida a proporção de crianças por eSF dentro de cada área. Estas proporções foram aplicadas ao tamanho da amostra calculada de modo a reproduzir estas proporções na distribuição da amostra pelas áreas urbana e rural. Para as unidades mistas, as famílias das áreas urbana e rural foram separadas para o cálculo amostral.

Desta forma a amostra foi composta por 716 crianças, sendo 507 da área urbana e 209 da rural, já acrescidos 10% de perdas.

Para os profissionais não houve cálculo amostral e foram incluídos todos os enfermeiros (n=14) e médicos (n=14) lotados nas equipes de saúde, perfazendo uma amostra de 28 participantes.

4.4- Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão utilizados para responsáveis foram: pais ou responsáveis legais de crianças de 0 a 4 anos de idade cadastradas nas eSF do município de Diamantina; crianças que utilizaram os serviços de APS pelo menos uma vez nos últimos seis meses; concordarem em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Usuários (APÊNDICE I).

Os critérios de inclusão utilizados para os profissionais foram: trabalhar na eSF do município de Diamantina há pelo menos um ano; e concordarem em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Profissionais (APÊNDICE II).

4.5- Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão utilizados para os usuários foram: não ter utilizado o serviço nos últimos seis meses; e/ ou morar na área de abrangência da equipe de saúde há menos de um ano; pais ou responsáveis portadores de distúrbios mentais ou emocionais que impedissem a compreensão dos procedimentos da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do serviço no momento da entrevista por qualquer motivo; e aqueles que trabalhavam a menos de um ano na respectiva eSF.

4.6 – Procedimentos

Antes da coleta de dados foi realizado o treinamento de uma equipe de 11 colaboradores (estudantes de cursos de graduação e de pós-graduação da área de saúde) que foram mobilizados para auxiliar na coleta de dados da pesquisa. O treinamento teve a duração de cerca de 20 horas e que foram contemplados os seguintes tópicos: a apresentação do projeto e

do objeto da pesquisa; treinamento para o uso dos instrumentos de coleta de dados; e a apresentação dos cenários e áreas de abrangência do estudo. A participação destes colaboradores foi voluntária.

Após esta etapa de treinamento foi realizado um estudo piloto em que foram entrevistados seis usuários da área urbana e outros seis da rural. Estes foram escolhidos aleatoriamente, a fim de examinar a validade das questões, verificando sua clareza, eventuais dúvidas dos sujeitos, corrigir possíveis limitações dos instrumentos propostos, além de treinar a equipe de colaboradores. Os sujeitos do estudo piloto não foram incluídos na amostra da pesquisa. Não foram necessários ajustes nos instrumentos de coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2014 a abril de 2015 por meio de visitas aos serviços de saúde e aos domicílios dos usuários. Para os usuários, as crianças foram escolhidas por meio de sorteio aleatório simples com base nos cadastros dos domicílios de cada equipe. Foi feita uma lista prévia de todas as crianças da faixa etária residentes na área de abrangência de cada unidade de saúde. Em seguida foi atribuído um número a cada criança, para posterior sorteio aleatório simples das que seriam entrevistadas. Nos casos em que foram sorteadas mais de uma criança da mesma família, o responsável foi convidado a responder as perguntas relativas à criança mais velha. Neste caso, outra criança da mesma área de abrangência foi sorteada para ser incluída na amostra. A partir do cadastro do SIAB, foram sorteadas aleatoriamente tantas crianças quantas fossem necessárias em cada equipe até compor a amostra.

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: para a avaliação da APS foi utilizado o *PCATool* - Brasil versão criança (ANEXO I) e versão profissional (ANEXO II)⁷; para a classificação socioeconômica e demográfica das famílias foram utilizados o Instrumento de Avaliação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ANEXO III)⁸; e um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores para a melhor caracterização da amostra e dos serviços de saúde (APÊNDICE III).

Foram entrevistados 707 usuários e 21 profissionais. Dentre os usuários, 498 entrevistas foram realizadas na área urbana e outras 209 da área rural. Foram excluídas nove crianças da amostra urbana, pois apesar de cadastradas nos serviços de saúde, não eram usuárias dos mesmos. Não foi possível substituí-las, pois, não foram encontradas outras crianças, da

mesma área de abrangência, que preenchessem os critérios de inclusão da pesquisa. Para os profissionais, sete foram excluídos por não obedecerem aos critérios de inclusão.

4.7- Aspectos éticos da pesquisa

Durante a realização desta pesquisa foram respeitados todos os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que rege sobre pesquisas em seres humanos ⁹. A mesma só teve início após o consentimento do gestor de saúde do município de Diamantina (ANEXO IV) e o parecer final do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP – UFMG) - CAAE: 36519614.0.0000.5149- (ANEXO V).

4.8- Instrumentos utilizados na pesquisa

Para a avaliação da APS foi utilizado o *Primary care assessment tool - PCATool* – Brasil versão criança ⁷. Este instrumento foi criado na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* por Starfield ¹⁰ e posteriormente adaptado e validado no Brasil ¹¹. O *PCATool* avalia a qualidade dos serviços de saúde com base na presença e extensão dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção) e derivados da APS (atenção centrada na família; orientação comunitária e a competência cultural).

O *PCATool* permite comparar diferentes modelos de organização da APS, serviços de diferentes regiões e a avaliação dos atributos sob a perspectiva de profissionais, gestores e usuários. O instrumento já foi adaptado e reproduzido em outros países como Canadá, Espanha, Coréia do Sul, Argentina, China e também no Brasil. Os resultados destes estudos atestam o seu uso, o apontam como um dos instrumentos mais aceitos e utilizados para a avaliação da APS e relatam sobre as contribuições dos seus resultados para políticas de saúde locais ¹²⁻¹⁵.

Para a avaliação das características demográficas, do perfil de saúde das crianças da amostra e da utilização dos serviços de saúde utilizou-se um questionário elaborado pelos pesquisadores. Para a classificação socioeconômica utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que contém

informações sobre renda familiar, ocupação dos pais ou cuidadores, número total de pessoas e de cômodos na casa, recebimento de apoio financeiro do governo, condições de moradia (tipo de piso, parede e telhado), suprimento de água, presença ou não de banheiro e posse de bens (eletrodomésticos e veículos motorizados) ⁸.

4.9- Tratamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados numa planilha do software Excel^R, com dupla digitação. Para a avaliação do grau de presença e extensão dos atributos da APS foram calculados seus escores conforme proposto pelo manual do *PCATool* Brasil ⁷. Primeiramente foram obtidas as médias aritméticas da pontuação atribuída aos itens que compõem cada atributo e seus componentes. Em seguida, o valor foi transformado para uma escala de 0 a 10 (Escore APS= [(escore obtido-1)] x 10/3), e definidos os escores dos atributos e seus componentes: acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária. A partir destes escores foram calculados o Escore Essencial (média dos escores dos atributos acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e o Escore Geral (média de todos os atributos). Foram determinados os escores dos atributos no município e também por seguimento urbano e rural, e de acordo com o tipo de respondente, profissionais e usuários. Segundo o Manual do *PCATool*, escores com valores iguais ou superiores a 6,6 indicam forte orientação para os atributos da APS e, assim, a qualidade dos serviços ⁷.

A análise estatística foi realizada no software R versão 3.3. Para caracterização dos usuários e profissionais foram calculadas frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, e medidas de posição, tendência central e dispersão variáveis para as variáveis quantitativas. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os resultados do seguimento urbano e rural.

A fim de avaliar a influência das variáveis explicativas sobre a ocorrência do Escore Geral não satisfatório, foi realizada análise de regressão logística multivariada. Para tal, as variáveis explicativas foram organizadas em três grupos, sendo eles: “Perfil socioeconômico e demográfico”, composto pelas variáveis idade da mãe, idade do pai, ocupação da mãe, número de filhos, bolsa família, outro benefício, classificação socioeconômica da ABEP,

escolaridade da mãe, renda família mensal e renda per capita familiar. O segundo grupo, denominado “Fatores relacionados ao uso dos serviços de saúde” foi composto pelas variáveis tipo de serviço de afiliação, plano de saúde particular e número de vezes de utilização do serviço nos últimos seis meses. No terceiro grupo estão os “Aspectos relacionados à criança”, como sexo da criança, presença de problema de saúde no momento da entrevista, uso contínuo de medicamentos, histórico de doenças e hospitalizações da criança, estado vacinal e a idade da criança.

Após a definição dos grupos, foi realizada, inicialmente, análise univariada, utilizando o teste qui-quadrado para a pré-seleção dos potenciais preditores do “Escore Geral” não satisfatório, considerando nível de significância de 25%. Foram ajustados modelos distintos para cada grupo de variáveis descritos anteriormente. Nestes modelos, foi aplicado o método *Backward* para seleção das variáveis. O método *Backward* é o procedimento de retirar, por vez, a variável com maior valor-p, repetindo o procedimento, até que restem, no modelo, somente variáveis com valor $p < 0,05$. Foi ajustado um novo modelo com as variáveis do modelo final de cada grupo de variáveis. Repetiu-se o procedimento *Backward* para exclusão das variáveis para definição do modelo final com as variáveis preditoras do escore geral não satisfatório. Para avaliar a qualidade do ajuste da regressão logística utilizou-se o teste de *Hosmer-Lemeshow*¹⁶ e o pseudo R^2 de *Nagelkerke*¹⁷.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/diagnosticos_levantamentos/jequitinhonha/apresentacao.shtm, (Acesso em: 3 Mar, 2017).
2. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>. (Acesso em: 3 Mar, 2017).
3. Wikipédia. Por Raphael Lorenzeto de Abreu. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1103019>. (Acesso em: 13 Jun, 2017).
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <http://WWW.ibge.gov.br>, (Acesso em: 6 Fev, 2017).

5. Diamantina, MG. Secretaria municipal de Saúde. E-SUS atenção básica, 2017.
6. Diamantina, MG. Secretaria municipal de Saúde. Sistema de informação da atenção básica, 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília (DF), 2010.
8. Kamakura W, Mazzon JA. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa- ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil- ABEP. 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> (Acesso em: 20 Ago, 2013).
10. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*. 2001; 50(2): 161-75.
11. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Aug; 22(8): 1649-59.
12. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19: 303-17.
13. Figueiredo AM, Kuchenbecker RD, Harzheim E, Vigo Á, Hauser L, Chomatas ER. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013 Mar; 22(1): 41-8.
14. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18: 44-8.
15. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfeld B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención

primaria de la salud. Rev Argent Salud Pública. 2011; 2(8): 6-14.

16. Hosmer, David W., e Stanley Lemeshow. Applied Logistic Regression. New York: Wiley, 2000.

17. Nagelkerke, N. "A note on a general definition of the coefficient of determination." Biometrika, 1991.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa serão apresentados sob a forma de dois artigos intitulados “Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil” e “Fatores associados à percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência recebida por crianças na Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil”.

5.1- Artigo 2: Avaliação da qualidade da assistência à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Introdução

São muitas as evidências encontradas na literatura sobre o impacto positivo de sistemas de saúde, orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a saúde de suas populações^{1,2}. É neste sentido que o sistema de saúde brasileiro tem recebido visibilidade internacional, por ter alcançado expressivas melhorias nos indicadores de saúde, atribuídos diretamente à APS³⁻⁵. Dentre outros resultados, o de maior destaque tem sido a redução das taxas de mortalidade infantil e o alcance da meta estabelecida pelos “Objetivos do Milênio” em 2011, pactuados com a Organização das Nações Unidas, quatro anos antes do prazo, 2015^{4,6}.

A APS tem por base o desenvolvimento de ações de saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, focadas no diagnóstico e no tratamento precoce, na vigilância em saúde, no desenvolvimento de medidas de prevenção e promoção à saúde, frente aos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁷. No Brasil, a APS foi implementada, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Todavia, foi com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, que ganhou relevância e se expandiu pelo país, propondo a reorganização das práticas de saúde, por meio da atuação de equipes multiprofissionais inseridas no ambiente familiar e comunitário, intervindo de modo mais oportuno nas necessidades de saúde da população⁸.

A ESF atualmente está presente em cerca de 5.398 municípios, cobrindo mais de 122 milhões de pessoas, o que representa cerca de 63% da população brasileira⁹. Para a saúde infantil, a expansão da APS significou o aumento do alcance das ações propostas pelas políticas de atenção à saúde da criança, como as ações de imunização, combate às doenças prevalentes da infância, promoção ao aleitamento materno, combate às infecções respiratórias agudas, dentre

outras, que estão diretamente relacionadas às reduções das taxas de internações e de mortalidade infantil no país¹⁰.

Apesar das evidências de sua efetividade, a APS no Brasil ainda enfrenta importantes desafios, no que tange o seu financiamento, a qualificação dos profissionais, coexistência com outros modelos de organização da APS, a insuficiência de gestão, dentre outros¹¹⁻¹³. Para enfrentar estes desafios, o Ministério da Saúde tem atuado para institucionalizar a prática do monitoramento e da avaliação dos serviços de saúde¹⁴. Neste contexto, vários estudos e instrumentos para avaliação da APS têm surgido ao longo da última década¹⁵⁻¹⁷, com destaque para o *Primary care assessment tool* (PCATool – Brasil)¹⁸.

O PCATool é um instrumento que foi desenvolvido, nos Estados Unidos, por Barbara Starfield na *Johns Hopkins University*¹⁹, que foi validado no Brasil em 2006²⁰ e é recomendado pelo Ministério da Saúde desde 2010¹⁸. O mesmo avalia a APS mensurando o grau de presença e extensão dos seus atributos²¹ que são utilizados pelo Ministério da Saúde, como eixos norteadores para avaliação da funcionalidade dos serviços. Estes atributos são denominados “essenciais” (o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os “derivados” (orientação familiar e orientação comunitária e competência cultural)¹⁸. O PCATool possui uma série de vantagens em relação a outros instrumentos encontrados na literatura, como a facilidade de aplicação, a comparabilidade entre diferentes tipos de serviços e modelo de assistência. Este ainda permite a participação de diferentes atores envolvidos na APS, como usuários, profissionais e gestores, dentre outras^{16, 18, 20}. Os resultados de vários estudos atestam a sua utilidade, apontando-o como um dos instrumentos melhor aceito e mais utilizado para a avaliação da APS, além de sua contribuição para a formulação de políticas locais de saúde^{16, 22-25}.

Impulsionado pela valorização da prática avaliativa, tem crescido o número de estudos utilizando o PCATool no Brasil¹⁶, que tem apontado para os desafios da oferta de serviços de qualidade na APS, para a assistência à saúde da criança²⁶⁻²⁸. Assim, apesar da melhoria dos indicadores de saúde desse grupo etário, como a redução da mortalidade, é importante que se considere que essa ainda se encontra muito acima dos índices encontrados em países desenvolvidos²⁹. Daí o desafio contínuo da busca pela ampliação da capacidade de resposta destes serviços às suas limitações e demandas existentes, para a atenção à criança. É nesse contexto que se fazem necessários os estudos avaliativos. Além disso, acrescenta-se a

necessidade de se conhecer e analisar a qualidade da APS para a criança no Brasil, contemplando a diversidade demográfica e cultural, inserida na sua amplitude geográfica. Acredita-se que, desta forma, haja uma melhor possibilidade de se potencializar as políticas e capacidade de gestão dos sistemas de saúde, na busca da qualidade da assistência e superação de seus problemas.

É diante dessa conjuntura que surge o propósito do presente estudo, realizado no município de Diamantina, interior de Minas Gerais, que tem por objetivo avaliar a qualidade da atenção à saúde da criança na APS, nas áreas urbana e rural do município, na visão de profissionais e usuários, sobre o grau de presença e implantação dos atributos da APS. Busca-se, desta forma, não apenas contemplar a prática da avaliação dos serviços de atenção da criança para novas realidades, como também contribuir para a produção do conhecimento, em torno da qualidade da APS e do cuidado à criança. O enfoque, na inserção dos diferentes atores envolvidos, na APS, visa ampliar o escopo da avaliação. Já a abordagem das diferentes áreas geográficas se dá pela necessidade de considerar as diferentes características destes seguimentos populacionais.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado junto aos usuários e profissionais dos serviços de APS das áreas urbana e rural de Diamantina, município este, localizado na região do Alto Jequitinhonha, no Estado de Minas Gerais, que conta com uma população estimada em 48.095 habitantes em 2016³⁰. Sua rede pública de assistência à saúde engloba desde serviços de APS até serviços de alta complexidade. Sua APS dispõe de 14 equipes de Saúde da Família (eSF), sendo que oito prestam assistência na área urbana do município, quatro em áreas rurais e duas prestam assistência tanto na área urbana quanto a rural (denominadas aqui de unidades mistas)³¹.

Para a realização deste estudo foram entrevistados responsáveis por crianças de 0 a 4 anos de idade usuários dos serviços de APS das áreas urbana e rural, além de médicos e enfermeiros dos respectivos serviços. O cálculo amostral para os responsáveis foi realizado considerando que 80% das crianças do município utilizam, regularmente, os serviços oferecidos pela APS; que a proporção de crianças da área urbana para as da área rural é de 2:1; o poder estatístico desejado é de 80%; é o nível de confiança de 95%. Desta forma, a amostra foi composta por

716 crianças, sendo 507 da área urbana e 209 da rural, já acrescidos 10% de possíveis perdas. Com base no número de crianças cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município ³¹ foi feito o levantamento quantitativo e a distribuição das crianças, de acordo com seu local de moradia, considerando inicialmente a região em que residem (urbana ou rural) e depois a área de abrangência de cada equipe, conforme apresentado na Tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição das crianças de 0 a 4 anos de idade por equipe de Saúde da Família, segundo o local de moradia, Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Região da moradia	Equipe de Saúde de referência	Total de Crianças*	% de crianças, segundo local de moradia	Número de crianças na amostra
Rural	eSF 1	200	26,67	56
	eSF 2	177	23,60	49
	eSF 3	116	15,47	32
	eSF 4	131	17,47	37
	eSF 5 – Rural**	98	13,07	27
	eSF 6 – Rural**	28	3,73	8
	TOTAL área rural	750	29,25	209
Urbana	eSF 7	158	8,71	44
	eSF 8	108	5,95	30
	eSF 9	172	9,48	48
	eSF 10	118	6,50	33
	eSF 11	221	12,18	62
	eSF 12	338	18,63	94
	eSF 13	185	10,20	52
	eSF 14	102	5,62	29
	eSF 5 – Urbano**	183	10,09	51
	eSF 6 – Urbano**	229	12,62	64
TOTAL área urbana	1.814	70,75	507	
Município	Total município	2.564	100	716

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina – MG. Dados referentes a maio de 2014 ³¹.

* residentes na área de abrangência de cada eSF. ** Equipes mistas.

Para as unidades mistas, as famílias das áreas urbana e rural foram separadas para o cálculo amostral. As crianças foram escolhidas por meio de sorteio aleatório simples, com base nos cadastros dos domicílios de cada equipe. Foi elaborada uma lista prévia de todas as crianças na faixa etária, residentes na área de abrangência de cada unidade de saúde, e atribuído um número a cada criança, para posterior sorteio das que seriam entrevistadas. Nos casos em que foram sorteadas mais de uma criança da mesma família, o responsável foi convidado a responder às perguntas relativas à criança mais velha. Neste caso, outra criança da mesma

área de abrangência foi sorteada para ser incluída na amostra. O mesmo foi feito, caso alguma das crianças sorteadas não preenchesse algum dos critérios de inclusão. Assim, a partir do cadastro do SIAB, foram sorteadas aleatoriamente tantas crianças quantas fossem necessárias, em cada equipe, até compor a amostra estratificada, conforme apresentado na Tabela 1. Para os profissionais não houve cálculo amostral e foram elegíveis o universo de enfermeiros (n=14) e médicos (n=14) lotados nas unidades básicas de saúde do município, perfazendo uma amostra de 28 participantes.

Foram incluídos os responsáveis, por crianças de 0 a 4 anos de idade cadastradas e usuárias das eSF do município de Diamantina, cujas crianças tivessem utilizado os serviços da unidade de saúde de sua área de abrangência, pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Já os critérios de exclusão utilizados foram crianças que não utilizaram o serviço nos últimos seis meses e entrevistados, portadores de distúrbios mentais ou emocionais, que impedissem a compreensão dos procedimentos da pesquisa. Para os profissionais, os critérios de inclusão foram trabalhar na eSF do município de Diamantina há pelo menos um ano. Foram excluídos aqueles que estavam afastados do trabalho por mais de um mês, por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados da pesquisa.

Antes da coleta de dados foi realizado o treinamento de uma equipe de 11 colaboradores (estudantes de cursos de graduação e de pós-graduação da área de saúde) que foram mobilizados para auxiliar na coleta dos dados da pesquisa. O treinamento teve a duração de cerca de 20 horas, em que foi contemplado a apresentação do projeto e do objeto da pesquisa, treinamento para o uso dos instrumentos de coleta de dados e a apresentação dos cenários e áreas de abrangência do estudo. A participação destes colaboradores foi voluntária.

Após a etapa de treinamento, foi realizado um estudo piloto em que foram entrevistados seis usuários da área urbana e outros seis da rural. Estes foram escolhidos aleatoriamente, a fim de examinar a clareza das questões, eventuais dúvidas dos sujeitos, corrigir possíveis limitações dos instrumentos propostos, além de treinar a equipe de colaboradores. Os sujeitos do estudo piloto não foram incluídos na amostra da pesquisa. Não foram necessários ajustes nos instrumentos propostos.

A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2014 a abril de 2015 por meio de visitas aos serviços de saúde e domicílios dos usuários sorteados. Foram utilizados três

instrumentos, sendo o primeiro um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, a fim de caracterizar a amostra de usuários e profissionais. O segundo foi o Instrumento de Avaliação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), para a classificação socioeconômica e demográfica das famílias³². Este contém informações sobre renda familiar, ocupação dos pais ou cuidadores, número total de pessoas e de cômodos na casa, recebimento de apoio financeiro do governo, condições de moradia (tipo de piso, parede e telhado), suprimento de água, presença ou não de banheiro e posse de bens (eletrodomésticos e veículos motorizados). O terceiro instrumento, utilizado para a avaliação da APS, foi o *PCATool* –Brasil, versão criança e versão profissional¹⁸. Estas versões do *PCATool* possuem 58 e 77 questões, respectivamente, que avaliam os seguintes atributos da APS: o “acesso de primeiro contato” do indivíduo com o sistema de saúde, subdividido em dois componentes, “utilização” e “acessibilidade”; “longitudinalidade”; “integralidade”, através dos componentes “serviços disponíveis” e “serviços prestados”; “coordenação da atenção”, com os componentes “integração dos cuidados” e “sistema de informações”; “orientação familiar” e “orientação comunitária”¹⁸.

Foram entrevistados 707 usuários e 22 profissionais. Dentre os usuários, 498 entrevistas foram realizadas na área urbana e outras 209 na área rural. Foram excluídas nove crianças da amostra urbana, pois apesar de cadastradas nos serviços de saúde, não eram usuárias dos mesmos. Não foi possível substituí-las, pois não foram encontradas outras crianças, da mesma área de abrangência, que preenchessem os critérios de inclusão da pesquisa. Para os profissionais, sete foram excluídos, por não obedecerem aos critérios de inclusão.

Para a avaliação do grau de presença e extensão dos atributos da APS foram calculados seus escores, conforme proposto pelo manual do *PCATool* Brasil¹⁸. Primeiramente foram obtidas as médias aritméticas da pontuação atribuída aos itens, que compõem cada atributo e seus componentes. Em seguida, o valor foi transformado para uma escala de 0 a 10 (Escore APS = [(escore obtido-1)] x 10/3), e definidos os escores dos atributos e seus componentes acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária. A partir destes, foram calculados o Escore Essencial (média dos escores dos atributos acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e o Escore Geral (média de todos os atributos). Foram determinados os escores dos atributos no município, também, por seguimento urbano e

rural, e de acordo com o tipo de respondente, profissionais e usuários. Segundo O Manual do *PCATool*, escores com valores iguais ou superiores a 6,6 indicam forte orientação para os atributos da APS e a qualidade dos serviços.¹⁸

Os dados foram armazenados numa planilha do software Excel, com dupla digitação. A análise estatística foi realizada no software R versão 3.3. Para caracterização dos usuários e profissionais foram calculadas frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, e medidas de posição, tendência central e dispersão variáveis para as variáveis quantitativas. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os resultados do seguimento urbano e rural.

Durante a realização da pesquisa foram respeitados todos os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que rege sobre pesquisas em seres humanos³³. A mesma só teve início após o consentimento do gestor de saúde do município de Diamantina e o parecer final do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP – UFMG) - CAAE: 36519614.0.0000.5149.

Resultados

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva das variáveis caracterizadoras dos profissionais. Destaca-se que 59,1% dos profissionais atuavam em UBS na área urbana. Quanto à formação, 63,6% dos profissionais entrevistados eram médicos e 36,4% enfermeiros, formados, em geral, em universidades públicas (45,5%). Outros 22,7% foram formados no exterior, todos provenientes do Programa Mais Médicos do Governo Federal. Os profissionais graduaram-se em média a 10,3 anos, e trabalhavam na eSF, em média, há 22,8 meses. A carga horária semanal média de trabalho foi 39,3 horas. A maioria dos indivíduos possuía pós-graduação (90,9%), sendo 40,9% relacionada à área de Saúde Pública e Saúde da Família (residência e especialização). O tipo de vínculo trabalhista mais frequente era do tipo não estatutário (77,3%). A maior parte dos profissionais não residia na área de abrangência da eSF, onde trabalhavam (68,2%). A maioria dos profissionais (86,4%) apontou a existência de alguma situação de risco para a saúde da criança, na área de abrangência de sua UBS.

Tabela 2: Análise descritiva do perfil dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis		N	%
Tipo de Unidade de Saúde	Urbana	13	59,1%
	Rural	5	22,7%
	Mista	4	18,2%
Sexo	Masculino	11	50,0%
	Feminino	11	50,0%
Formação	Médico	14	63,6%
	Enfermeiro	8	36,4%
Universidade de Formação	Estrangeira	5	22,7%
	Privada	7	31,8%
	Pública	10	45,5%
Possui Pós-Graduação	Sim	20	90,9%
	Não	2	9,1%
Pós-graduação na área de Saúde Pública/ Saúde da Família (residência e/ ou especialização)	Sim	9	40,9%
	Não	13	59,1%
Tipo de vínculo trabalhista	Estatutário	5	22,7%
	Não estatutário	17	77,3%
Reside na área de abrangência da UBS onde trabalha	Sim	7	31,8%
	Não	15	68,2%
Na área de abrangência de sua UBS possui alguma situação de risco para a saúde da criança?	Sim	19	86,4%
	Não	3	13,6%
Idade (anos)	Média (D.P.)	38,9	(9,5)
Tempo de formação (anos)	Média (D.P.)	10,3	(5,9)
Tempo de trabalho na ESF (em meses)	Média (D.P.)	22,8	(26,0)
Tempo de trabalho no município (em meses)	Média (D.P.)	32,5	(33,2)
Carga horária semanal de trabalho (horas)	Média (D.P.)	39,3	(2,4)

O perfil dos usuários, apresentado na Tabela 3, mostra que as mães foram as principais respondentes das entrevistas (82,7%), seguidas pelos avós (9,5%). A maioria das mães (94,8%) e dos pais (98,4%) tinha 19 ou mais anos de idade. As famílias pertenciam principalmente às classes C, D e E (87,7%) e 43,3% recebiam Bolsa Família. A maior parte dos cuidadores (74,0%) afirmaram ter a eSF do bairro, como principal fonte de cuidados para

a criança. As crianças eram na maior parte (51,6%) do sexo feminino, e a mãe, a responsável pelos seus cuidados em 87,8% dos casos. A maioria (95,2%) estava com o esquema vacinal em dia.

Tabela 3: Análise descritiva do perfil dos usuários responsáveis por crianças de 0 a 4 cadastradas nos serviços da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

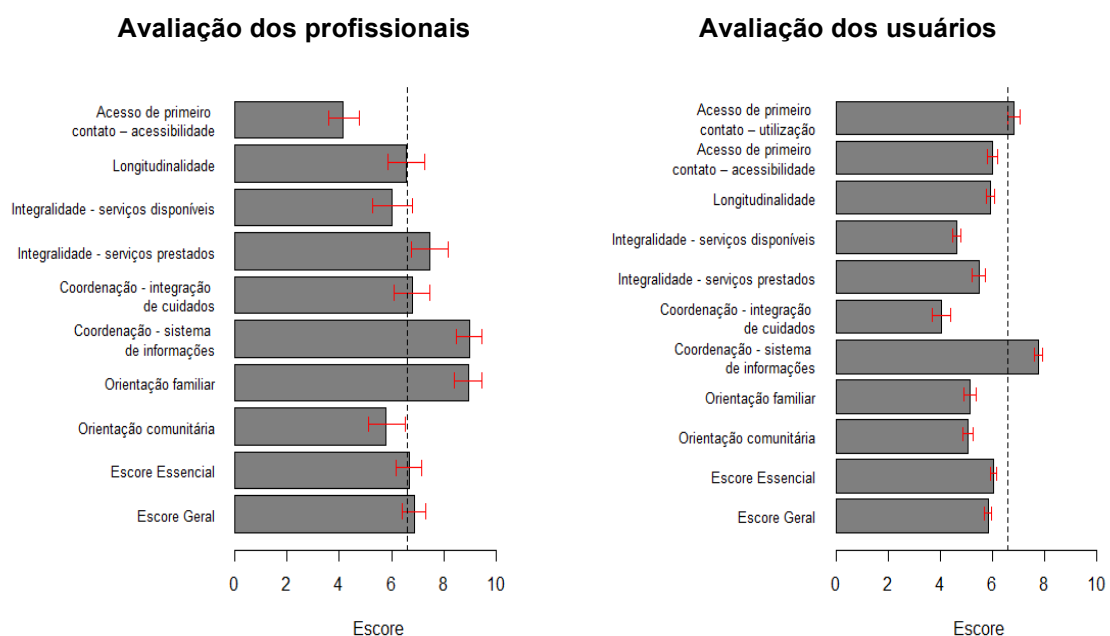
Variáveis		N	%		
Entrevistados	Mãe	585	82,7%		
	Avos	67	9,5%		
	Outros	55	7,8%		
Idade da mãe	< 19 anos	37	5,3%		
	19 ou mais anos	668	94,8%		
Idade do Pai	< 19 anos	11	1,6%		
	19 ou mais anos	660	98,4%		
Número de filhos	Primíparas	289	40,9%		
	Múltiparas	418	59,1%		
Bolsa família *	Sim	306	43,3%		
	Não	401	56,7%		
Classificação socioeconômica ABEP	A, B	87	12,3%		
	C, D, E	620	87,7%		
Serviço de afiliação	eSF	502	74,0%		
	Outros serviços	176	26,0%		
Sexo da criança	Masculino	342	48,4%		
	Feminino	365	51,6%		
Principal responsável pelo cuidado da criança	Mãe	621	87,8%		
	Outros	86	12,2%		
Estado vacinal da criança	Em dia	673	95,2%		
	Atrasado	34	4,8%		
		Média	D.P.	Mín.	Máx.
Escolaridade da mãe (anos)		9,4	3,3	0,0	22,0
Nº vezes que a criança utilizou os serviços de APS nos últimos seis meses		3,7	2,2	1,0	20,0
Idade da criança (meses)		29,9	17,5	0,5	64,2

* Programa do Governo Federal destinado a transferência de benefício financeiro à famílias em situação de pobreza e extrema pobreza ³⁴.

A Figura 1 apresenta a análise descritiva dos escores atribuídos por profissionais e usuários para cada atributo da APS. A linha tracejada representa o escore 6,6, ponto de corte que indica forte grau de implantação de cada atributo ou seus componentes. Para os profissionais, a APS de Diamantina apresentou forte grau de implantação para a maioria dos atributos avaliados, com destaque para o componente da “sistemas de informações” e a “orientação familiar”, que apresentaram as maiores médias, ambas de 8,9. Dentre os que não atingiram o escore mínimo de qualidade, o componente “acessibilidade” foi o que obteve a pior avaliação (4,2). O “Escore Essencial” teve média de $6,7 \pm 1,2$, enquanto o “Escore Geral” médio foi de $6,9 \pm 1,1$, indicando forte implantação dos mesmos.

Na avaliação dos usuários, no entanto, os atributos da APS estão, em geral, com escores abaixo do índice de corte de 6,6. O componente “sistema de informações” e “utilização” apresentaram os maiores escores médios, 7,8 e 6,8, respectivamente. Já a “integração de cuidados” e “serviços disponíveis” tiveram as menores médias, 4,0 e 4,6, respectivamente. O “Escore Essencial” teve média igual a $6,0 \pm 1,7$, e o “Escore Geral” apresentou média de $5,8 \pm 1,7$.

Figura 1: Escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde na avaliação de profissionais e usuários, Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.



A análise comparativa do desempenho dos serviços das áreas urbana e rural na opinião de profissionais e usuários é apresentada na Tabela 4. Na opinião dos profissionais, apenas o escore do atributo “acessibilidade” mostrou-se significativamente maior na área rural do que na área urbana ($p=0,042$).

Já na opinião dos usuários, a “utilização” ($p<0,001$), “acessibilidade” ($p<0,001$), “longitudinalidade” ($p<0,001$), “integração de cuidados” ($p<0,001$), “sistema de informações” ($p<0,001$) e “orientação familiar” ($p=0,007$), apresentaram escores médios significativamente superiores na área rural. Não houve diferença significativa entre as áreas urbana e rural em relação aos atributos de avaliação “serviços disponíveis” ($p=0,867$), “serviços prestados” ($p=0,431$) e “orientação comunitária” ($p=0,777$). Na opinião dos usuários, os escores “Essencial” e “Geral” também foram significativamente mais altos na área rural do que área urbana, ambos com valor $p<0,001$.

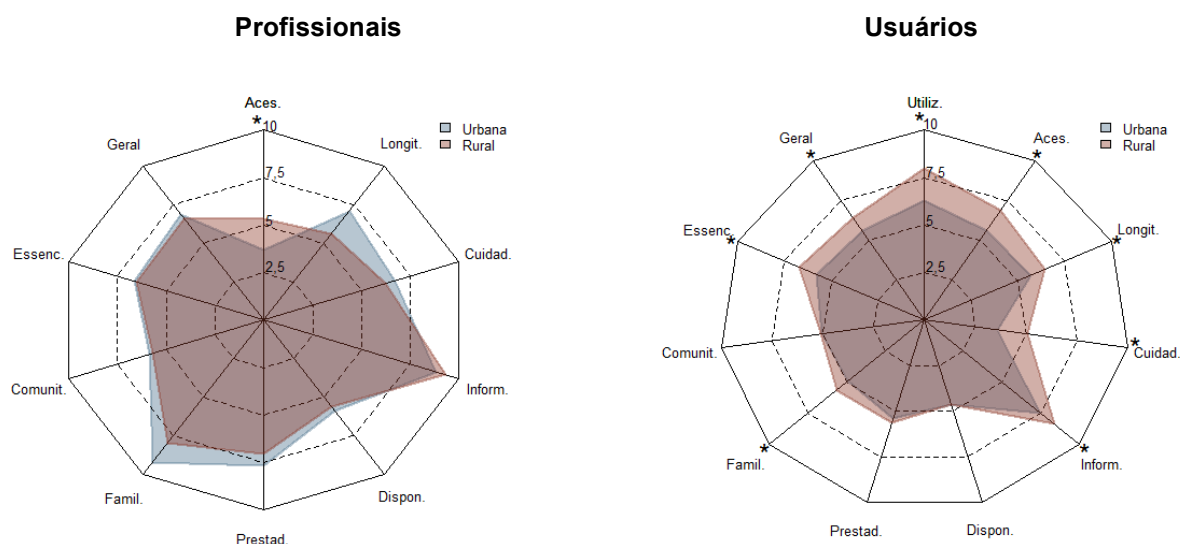
Tabela 4. Comparação do desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde das áreas urbana e rural feita por profissionais e usuários em Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Atributos	Profissionais					Usuários				
	Urbana		Rural		Valor-p ¹	Urbana		Rural		Valor-p ¹
	Média	EP	Média	EP		Média	EP	Média	EP	
Acesso de primeiro contato - Utilização	-	-	-	-	-	6,3	0,1	7,9	0,2	0,000
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	3,7	0,3	5,3	0,6	0,042	5,6	0,1	6,9	0,2	0,000
Longitudinalidade	7,1	0,5	5,6	0,7	0,093	5,7	0,1	6,5	0,1	0,000
Coordenação - Integração de cuidados	6,7	0,5	6,2	0,4	0,343	3,6	0,2	5,1	0,35	0,000
Coordenação - Sistema de informações	8,8	0,4	9,3	0,4	0,490	7,5	0,1	8,4	0,1	0,000
Integralidade - Serviços disponíveis	5,9	0,6	5,6	0,6	0,961	4,7	0,1	4,6	0,1	0,867
Integralidade - Serviços prestados	7,6	0,5	7,0	0,6	0,458	5,4	0,2	5,6	0,3	0,431
Orientação familiar	9,2	0,3	8,0	0,8	0,266	4,9	0,2	5,7	0,2	0,007
Orientação comunitária	5,8	0,4	5,7	0,8	0,790	5,0	0,1	5,1	0,2	0,777
Essencial	6,6	0,4	6,5	0,4	1,000	5,8	0,1	6,7	0,1	0,000
Escore geral	6,9	0,3	6,6	0,4	0,767	5,6	0,1	6,4	0,1	0,000

¹ Teste de Mann-Whitney.

O Gráfico 1 ilustra os resultados apresentados na Tabela 4, evidenciando as diferenças nas avaliações de usuários e profissionais sobre as áreas urbana e rural.

Gráfico 1. Gráfico de radar da comparação do desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde das áreas urbana e rural, feita por profissionais e usuários em Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.



¹ Teste de Mann-Whitney.

Aces. - Acesso de primeiro contato – acessibilidade; Longit. – Longitudinalidade; Cuid. - Coordenação - integração de cuidados; Inform. - Coordenação - sistema de informações; Dispon. - Integralidade - serviços disponíveis; Prestad. - Integralidade - serviços prestados; Famil. - Orientação familiar; Comunit. - Orientação comunitária; Essenc. - Escore Essencial; Geral - Escore Geral.

Discussão

A Estratégia de Saúde da Família está inserida na APS de Diamantina, desde meados da década de 1990. Desde então, paulatinamente, o número de equipes e a cobertura populacional foi crescendo até que, em 2013, a mesma se tornou o modelo de assistência principal de organização da APS no município, quando passou a contar com 14 eSF, cobrindo cerca de 84% de sua população e se constituindo na principal referência para a assistência à saúde no município ³¹.

Os dados do presente estudo mostram que pouco mais de 74% dos cuidadores entrevistados referiram-se a eSF como fonte regular de assistência à saúde de suas crianças. Este resultado pode ser considerado semelhante ao encontrado em outros estudos realizados nas cidades de Pouso Alegre ²⁶ e Montes Claros ³⁵, em Minas Gerais, que utilizaram a mesma metodologia desta pesquisa, 77,1% e 77,7%, respectivamente. Esses resultados indicam que a ESF é aceita

pela maioria de seus usuários, embora ainda não seja um consenso, sugerindo a existência de fatores que limitam a escolha desses serviços como preferência para o cuidado da criança no município. É importante que se relate que, a preponderância do modelo de ESF no município representa um importante avanço no alinhamento de sua APS aos princípios do SUS. É consenso na literatura científica ³⁶⁻³⁸ que este modelo é o que tem melhor capacidade de responder às demandas de saúde das populações, sobretudo para a assistência à criança. Entretanto, os mesmos estudos ressaltam que, a efetiva funcionalidade da ESF pressupõe, dentre outros aspectos, a forte implantação dos atributos da APS, reforçando a importância do *PCATool*, em suas diferentes versões, na avaliação destes atributos.

Neste estudo, o perfil dos profissionais entrevistados em Diamantina coincide com o encontrado em outros trabalhos ^{36,39}, que mostram que, tradicionalmente, os profissionais da ESF são mais jovens, poucos com fizeram pós-graduação específica para a APS e com vínculos empregatícios frágeis com os municípios. A literatura ⁴⁰⁻⁴² aponta que a composição dos profissionais que atuam na APS no Brasil e sua relação com os serviços ainda é permeada por uma série de desafios, que interferem na organização do trabalho, dificultando seu desempenho e a construção de vínculos duradouros com os serviços. Os vínculos trabalhistas frágeis, a falta de planos de carreira, sobrecarga de trabalho, interferência política e as precárias condições de trabalho são fatores diretamente ligados a este contexto ^{28,43}. Destaca-se aqui a situação de médicos que, diante de outras possibilidades na carreira, fazem da ESF um meio para obter acúmulo financeiro, até chegarem às especialidades que são mais valorizadas, no mercado de trabalho ⁴⁰. Essa conjuntura tem dificultado a inserção de médicos em cidades do interior do país ⁴⁴, o que pode ser verificado pelo tempo médio de trabalho dos profissionais nas equipes, que aqui é inferior a dois anos. Além disso, acrescenta-se que o município apenas conseguiu compor todas as suas eSFs com médicos, após ser contemplado pelo Programa Mais Médicos do Governo Federal. Programa este implantado em meados 2013, com o intuito de suprir a carência de médicos em municípios do interior e em regiões periféricas dos grandes centros ⁴⁵.

Quanto aos usuários entrevistados, percebe-se que seu perfil também se assemelha ao encontrado em outros estudos ^{26,35,48} que se propuseram a avaliar os serviços de APS para a assistência à criança, em que a maioria dos entrevistados foram as mães, apontadas como as principais responsáveis pelo cuidado destas crianças. Tratam-se de famílias, em sua maioria, de baixa renda e dependentes de programas de distribuição de renda, como o Bolsa Família, e

que tem a eSF como a principal fonte de cuidado para seus filhos. Esses achados reiteram o papel da mulher, como principal responsável pelo cuidado do lar nas famílias brasileiras, sobretudo em famílias de menor poder aquisitivo ²⁶. Da mesma forma, ao ser referência para as populações menos favorecidas socioeconomicamente, estes dados reafirmam o papel da ESF de promover a equidade do acesso aos serviços de saúde ²⁷. Para a saúde da criança, isso implica no melhor alcance daquelas populações, que são apontadas como mais vulneráveis aos principais agravos prevalentes da infância, para os quais a eSF é apontada como o serviço mais apto a intervir ^{27,35,49}.

Na avaliação dos profissionais, a maioria dos atributos da APS alcançou os escores de qualidade, sem diferenças significativas entre as áreas urbana e rural, indicando que a assistência à saúde da criança encontra-se fortemente orientada pelos atributos da APS, no município como um todo. Em contraposição, na avaliação feita pelos usuários, a maioria dos atributos não atingiu os escores mínimos de qualidade, apontando limitações da qualidade da assistência à criança sob seu ponto de vista. É comum encontrar divergências de opiniões, em estudos avaliativos, que envolvem múltiplos atores ^{36,50,51}, o que pode ser atribuído a uma série de fatores, desde à diferença do nível de conhecimento dos atores sobre o item em questão, à existência de conflitos, divergência de interesses, entre outros. Estudos ^{36,37,52,53} que avaliaram a APS com a mesma metodologia utilizada neste estudo apontam que profissionais tendem a avaliarem melhor a qualidade dos serviços, já os usuários e cuidadores tendem a ser mais críticos ^{26,36,54}. Serapioni e da Silva ⁵¹ afirmam que a qualidade em saúde não pode ser definida apenas pela avaliação de um único ator, seja ele gestor, profissional ou usuário, sobre o risco de reduzir a abrangência da avaliação. Embora a maioria dos estudos avaliativos, privilegiem a opinião dos usuários, por serem estes quem de fato tem a experiência de uso dos serviços ³⁶ e cuja satisfação seja o norte, na busca da qualidade dos serviços de saúde, essa é considerada insuficiente para determinar com precisão a qualidade da assistência ^{51,55}. Avaliações feitas por diferentes atores aumentam a abrangência dos resultados, e a presença de divergências pode sinalizar para a necessidade de um olhar mais atento sob o item divergente, suscitando novas avaliações com metodologias e atores distintos ^{36, 51}.

Outro contraste identificado, neste estudo, trata das diferenças das avaliações dos usuários entre os serviços nas áreas urbana e rural, indicando divergências da percepção sobre o grau de implantação dos atributos, nos diferentes segmentos. Acredita-se que essa diferença esteja relacionada ao perfil de utilização dos serviços de ambas as áreas, que é condicionado tanto

pelas diferenças entre as populações como pelos aspectos organizacionais da ESF. Para Kassouf⁵⁶, o padrão de uso dos serviços de saúde entre ambas as populações é diferenciado. Na área urbana, a maior escolaridade dos indivíduos eleva o seu nível de saúde e, conseqüentemente, reduz a procura por atendimento. Além disso, ali, a maior proporção de pessoas tende a procurar atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção. Já na área rural, as pessoas tendem a avaliar pior o seu estado de saúde, utilizam mais os serviços públicos de saúde, e os procuram, principalmente, por motivo de doença⁵⁶.

Quanto aos aspectos organizacionais das eSFs urbana e rural, embora estas se norteiem pelos mesmos princípios organizativos estabelecidos pela Política Nacional da Atenção Básica de 2012¹⁸, a funcionalidade das mesmas se dá de forma distinta. Na área rural de Diamantina, a área de abrangência é formada por grandes extensões territoriais, onde se distribuem as diferentes vilas, comunidades e fazendas. Isso determina a necessidade de deslocamento contínuo dos profissionais para a oferta da assistência, ou seja, prestam o atendimento de forma itinerante, o que faz com as comunidades não tenham a disponibilidade dos profissionais e nem a unidade de saúde aberta, nas mesmas condições que a área urbana.

Sobre o grau de implantação dos atributos da APS, a “atenção de primeiro contato” foi avaliada nos componentes “utilização” e “acessibilidade”. O componente “utilização” avalia o elemento processual do acesso à APS, feita apenas pelos usuários, e que se refere ao primeiro serviço a ser procurado pela família, em caso de necessidade para um novo problema de saúde da criança⁵⁷. Os dados mostram que este atributo está fortemente implantado no município, contudo existe um contraste entre os escore da área rural, onde o atributo também está fortemente implantado, e a área urbana, que não conseguiu atingir o escore de qualidade. O menor escore do atributo na área urbana, pode estar relacionada à possibilidade de os usuários recorrerem a outras fontes de cuidado para a criança. Diferentemente, nas áreas rurais, a possibilidade de acesso a outros serviços é mais remota, tendo em vista a necessidade de deslocamento, em função das questões geográficas e possíveis custos relacionados ao cuidado ou ao deslocamento para a busca do mesmo. A APS rural de Diamantina está dispersa em uma vasta área geográfica, em locais distantes até 120 km da sede urbana. Além disso, é nessa área que estão localizadas comunidades de menor poder econômico, o que pode ser uma barreira para a busca de alguma outra fonte de cuidado.

O baixo escore do componente "utilização" sinaliza para a existência de obstáculos, que dificultam o acesso das crianças aos serviços de APS³⁵. Os principais obstáculos encontrados na literatura estão relacionados às dificuldades, devido ao acesso geográfico, maior demanda por ações curativas, devido a particularidades das crianças que normalmente adoecem mais, comparado a outros grupos etários, acarretando o aumento da procura dos serviços³⁵ e a maior preferência das mães por atendimentos com especialistas²⁸. Todavia, outros estudos⁵⁸⁻⁶⁰ apontam que a ESF pode ser priorizada para o atendimento pela melhor qualidade do atendimento e o vínculo com os profissionais.

O outro componente do “acesso de primeiro contato”, a “acessibilidade”, que trata da estrutura disponível para o acesso aos serviços, se refere à localização, horários, dias, disponibilidade, comodidade e conveniência dos serviços⁵⁷. Este componente também recebeu o escore inferior ao índice de qualidade, tanto na percepção dos usuários, quanto dos profissionais. Destaca-se que este foi o atributo pior avaliado entre os profissionais e que houve diferença entre as áreas urbana e rural. Na análise dos itens que compõem este atributo no *PCATool*, observou-se que as maiores fragilidades estão na ausência de disponibilidade dos serviços da APS, em fins de semana, e no horário noturno no meio de semana. Foi atribuído o escore mínimo por todos os profissionais da APS a esses itens. Acrescenta-se a indisponibilidade de telefone de referência para os usuários, no momento em que as unidades estão fechadas. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{37,38,50}, que afirmam que o funcionamento dos serviços da APS, apenas durante a semana e em horário comercial, hoje, se constitui num fator limitante para o alcance de suas ações³⁷. O horário de funcionamento das UBSs é o mesmo em que os pais das crianças estão no trabalho, inclusive a maioria das mães trabalha fora de casa, dificultando o acesso a ações, como as visitas domiciliares e mesmo atividades agendadas nas unidades de saúde. Esses achados chamam a atenção para a necessidade da oferta dos serviços, em adequar às características dos usuários. Estender o horário de oferta dos serviços, disponibilizar telefones de profissionais de sobreaviso para monitorar problemas, tirar dúvidas da população, ampliar os canais de comunicação com uso de blogs e mídias sociais, são apontados como possíveis alternativas³⁸.

Outro item que contribuiu para os baixos escores atribuídos pelos profissionais foi o elevado tempo de espera dos usuários para receber atendimento nas unidades^{28,50,61}. Este fato está relacionado tanto à capacidade de organização das equipes quanto ao aumento da procura por ações imediatistas, que acabam por sobrecarregar os serviços⁴⁷.

Ainda sobre o atributo da “acessibilidade”, também foi observada diferença significativa na avaliação dos usuários entre as áreas urbana e rural, sendo a área rural melhor avaliada do que a urbana, chegando a alcançar o índice de qualidade. Esse achado revela que os usuários das áreas rurais conseguem ter melhor acesso aos serviços que na área urbana. Tendo em vista os fatores já apontados como determinantes da qualidade da acessibilidade na APS, acredita-se que a melhor avaliação deste atributo nas áreas rurais pode estar relacionada a algum fator local, como a melhor conveniência do atendimento. Nas áreas rurais de Diamantina o atendimento das eSF funciona de forma itinerante. As equipes se deslocam em dias previamente programados para assistir uma determinada comunidade. Desta forma, fica mais conveniente para os usuários se programarem para o atendimento. Além disso, nas áreas rurais está a maior proporção de mães que se dedicam ao trabalho no lar ⁵⁶ que, diferente da área urbana, favorece a melhor adequação ao funcionamento da eSF.

O atributo da “longitudinalidade” não alcançou o escore de qualidade tanto na perspectiva de usuários quanto de profissionais, embora melhor avaliado pelos usuários das áreas rurais, diferentemente da avaliação dos serviços da área urbana. A “longitudinalidade” é entendida como a existência de uma conexão mútua, entre usuários e prestadores, em que ambos reconhecem o compromisso pela existência do cuidado, o que pressupõe uma relação intensa que expressa fidelidade e confiança dos mesmos ⁵⁷. Assim, a má avaliação desse atributo sugere a dificuldade na criação do vínculo entre o serviço e os usuários, a falta de interação com a família e com a história de vida da criança ^{47,62}, o que pode ser uma consequência da dificuldade de acesso aos serviços de saúde ²⁶. A boa avaliação desse atributo acontece, quando há baixa ocorrência de encaminhamentos e maior esforço dos profissionais em resolver as demandas, o que pode acontecer nas áreas rurais, tendo em vista a dificuldade dos seus usuários em se deslocar para buscar outras opções de cuidado ²⁶. O que não pressupõe a ausência de encaminhamentos, apenas o maior esforço do profissional em resolver a demanda destes usuários, em função das dificuldades relatadas.

Já o atributo da “integralidade” da atenção está ligado à capacidade da APS de reconhecer as necessidades de saúde da população adscrita e disponibilizar um leque de serviços voltado para atender a essas necessidades. Isto não significa, necessariamente, dispor de todos os tipos de ações de saúde, mas que o serviço seja capaz de fazer arranjos, de forma a possibilitar que os usuários recebam a melhor assistência de acordo com a sua necessidade ⁵⁷. Esse atributo

também foi avaliado por meio de dois componentes, sendo o primeiro “a integralidade – serviços disponíveis”, que se refere à estrutura e à variedade de ações disponíveis na APS. Neste, houve consenso na avaliação dos profissionais e usuários em que ambos não alcançaram o índice de qualidade. Este resultado aponta para a insuficiência de serviços para a atenção à saúde da criança, na APS de Diamantina. O menor desempenho deste atributo é apontado como consequência não apenas das limitações de financiamento da APS, mas também da insuficiente qualificação dos profissionais e do pouco conhecimento dos mesmos sobre as reais necessidades dos usuários, ou seja, a falta de um diagnóstico adequado da situação de saúde de sua área de abrangência ^{26, 63}. Além disso, acrescenta-se a falha na organização das redes de atenção para apoio diagnóstico ou terapêutico, sistema logístico de transporte sanitário, agendamento de consultas em outros serviços, internações, e outros ⁶³.

Ainda sobre o atributo da “integralidade”, o seu segundo componente, “serviços prestados”, que versa sobre a disponibilidade de ações de prevenção e promoção para a saúde da criança, segue a mesma tendência de ser bem avaliado pelos profissionais, e fracamente avaliado pelos usuários. Ou seja, os profissionais consideram que oferecem as ações, contudo os usuários não as reconhecem. Os usuários dos serviços de saúde no Brasil ainda possuem uma concepção de utilização de serviços de saúde muito arraigada ao modelo biomédico, ou seja, aquele centrado apenas no consumo de procedimentos médicos, em detrimento das ações de prevenção e promoção ^{51,64}. A mudança dessa lógica de pensamento ainda é um dos desafios para APS. Embora as políticas de saúde no Brasil orientem que as ações da APS se norteiem pela lógica da propagação das ações de prevenção e promoção à saúde, não é isso que se vê na prática ²⁸. O que se vê ainda é a persistência de práticas individualistas, de oferta de procedimentos e distantes da realidade em que os usuários estão inseridos ²⁸. Vários estudos ^{28,47,61} afirmam que este contexto é o reflexo da formação de profissionais ainda centrado na prática clínica e a falta de capacitação específica destes mesmos profissionais para atuarem na APS. Desta forma, a superação dessa lógica perpassa não apenas a rediscussão da formação de profissionais de saúde no país como a ampliação dos programas de educação continuada ⁴⁷.

A oferta e o acesso a ações de prevenção e promoção, direcionadas às crianças, são fundamentais para se conseguir a melhoria de indicadores de saúde infantil, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade social ^{10,65}. Em populações mais carentes as principais causas de internação e mortalidade estão ligadas às condições susceptíveis à adoção de hábitos saudáveis como a promoção ao aleitamento materno, hábitos de higiene, cuidados corretos

com o coto umbilical e outros^{10,65,66}. É preciso que estas ações sejam prioritárias nos serviços de APS, e que os usuários não apenas estejam cientes de sua importância, mas que participem ativamente das mesmas.

O atributo da “coordenação” tem a ver com a harmonização entre a APS e a rede de atenção no município. O primeiro componente da “coordenação” é a “integração dos cuidados”, que trata da capacidade da APS se comunicar com outros serviços de referência, de forma a dar continuidade à atenção dos usuários⁵⁷. Mais uma vez, observa-se a divergência entre as avaliações de profissionais e usuários, visto que profissionais atribuem o escore de qualidade, o que não acontece na avaliação dos usuários, em que o atributo é pior avaliado entre os usuários da área urbana. A avaliação deste atributo foi feita por cuidadores cujas crianças tiveram a experiência de consultar com algum médico especialista. Assim, os mesmos são questionados sobre quem indicou essa consulta e como foi o acompanhamento da eSF, após a realização da mesma. Ou seja, a melhor avaliação deste atributo está relacionada ao funcionamento do sistema de referência e contra referência, isto é, à capacidade dos serviços de dar seguimento à assistência iniciada²⁶. A não continuidade reporta a uma assistência fragmentada, a não responsabilização dos serviços e a falha na formação da rede de serviços^{26,62}. Acredita-se também que a limitação da “integração dos cuidados” na área urbana esteja relacionada à possibilidade de os atendimentos com especialistas não estarem relacionados à necessidade de encaminhamento da eSF, como mostrado no atributo da afiliação, em que os usuários relataram procurar estes serviços sem a indicação pela eSF. Da mesma forma, a menor integração dos serviços pode estar associada ao baixo vínculo entre usuários e serviços que repercute no menor conhecimento de suas necessidades⁴⁷.

O segundo componente da “coordenação” é o “sistema de informações”, que trata da disposição de informações sobre a saúde dos usuários e o seu acesso às mesmas⁵⁷. Os resultados mostram que este foi o componente melhor avaliado nos serviços de Diamantina, sendo consenso entre profissionais e usuários, dos seguimentos rural e urbano. O mesmo também é encontrado em outros estudos que se propuseram a avaliar este atributo^{36,62}. Estes estudos afirmam que, apesar dos sistemas de informações ainda não serem informatizados, os usuários reconhecem o bom acesso às informações relacionadas aos seus problemas de saúde. A disponibilidade de informações, através de prontuários clínicos eletrônicos e sistemas informatizados possibilitaria o compartilhamento e o acesso mais oportuno das informações, melhorando a continuidade da assistência e a integração da rede de cuidados^{67,68}.

O atributo “orientação familiar” remete à consideração do ambiente familiar pela eSF como cenário para o cuidado. Esse atributo foi avaliado de forma não consensual entre profissionais e usuários, atingindo o escore de qualidade na avaliação dos profissionais, mas não na dos usuários e apresentando diferenças significativas entre as áreas rural e urbana, com menores escores na última. Novamente, a divergência de opiniões pode estar alistada à diferença de concepções e de entendimento sobre o atributo. É importante ressaltar que a “orientação familiar” deveria representar a essência do modelo de organização da ESF, cuja proposta é a substituição do modelo individualista para a atenção centrada na família e no contexto em que está inserida ^{36,67}, o que remete também ao atributo “orientação comunitária”, cuja avaliação mostra que o mesmo também não recebe o escore mínimo de qualidade, desta vez, por consenso de todos os entrevistados e em ambos os seguimentos. O relato do fraco desempenho em ambos atributos é encontrado na maioria dos estudos que utilizaram metodologias semelhantes ^{37,38,62} que o associam ao distanciamento do conhecimento das equipes das reais necessidades de saúde dos usuários, o que pode estar relacionado não apenas à falta do planejamento da assistência, como ao baixo número de profissionais com formação específica para atuar na saúde da família.

A “orientação comunitária” prevê a capacidade das equipes de saúde de utilizar habilidades e conhecimentos clínicos, epidemiológicos e das ciências sociais, de forma a ajustar a assistência oferecida às necessidades específicas de cada comunidade. É preciso realizar o diagnóstico de saúde da comunidade, identificar problemas, estabelecer ações planejadas e programadas, monitorar e avaliar o impacto dessas ações ⁶⁷. Há a necessidade de maior envolvimento da comunidade, na tomada de decisão sobre ações dos serviços, o que pressupõe a viabilização do controle social ^{57,62,67}.

O “Escore Essencial” é obtido pela média dos atributos “acesso de primeiro contato”, “longitudinalidade”, “integralidade” e “coordenação”. Já o “Escore Geral” é a média de todos os atributos listados acima, além da “orientação familiar” e “comunitária”. O resultado destes escores reflete o descompasso entre a percepção de profissionais e usuários, e a melhor avaliação dos usuários das áreas rurais sobre a área urbana. Este resultado indica que a qualidade da assistência a saúde da criança na APS de Diamantina, de modo geral, está longe de ser percebida pelos usuários como integral, resolutive, participativa e de qualidade. Este resultado corrobora com outros encontrados na literatura ^{38,47,48,52,62}, e aponta que, apesar das

melhorias dos indicadores da saúde da criança nos últimos anos, a qualidade da assistência oferecida à população infantil ainda está aquém da necessária.

O presente estudo possui limitações e potencialidades que devem ser consideradas. Quanto as limitações, ressalta-se aquelas próprias dos estudos transversais que limitam a generalização dos dados. Os resultados aqui apresentados são restritos apenas a um município. Além disso, está sujeito ao viés de validade de dados colhidos por entrevistas, tendo em vista a dependência da memória e da boa vontade dos informantes. Por outro lado, é importante considerar que as possíveis limitações apontadas podem ter sido minimizadas pelo tamanho da amostra e a aleatoriedade na escolha dos entrevistados, que buscou reproduzir a distribuição da população, na faixa etária de zero a quatro anos. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados de validade reconhecida internacionalmente e apontado na literatura como o mais adequado para se fazer a avaliação aqui proposta. Outro ponto importante é que o estudo conta com o ponto de vista de diferentes atores envolvidos no contexto avaliado, o que permite incorporar um olhar mais diverso dos aspectos em questão. Além disso, acrescenta-se que a avaliação da qualidade da assistência à criança tenha sido, em sua maioria, feita pelas próprias mães que são apontadas como as que mais usam os serviços e as que melhor conhecem as necessidades de seus filhos.

Conclusão

Os resultados deste estudo apontam que os atributos da APS não estão devidamente implantados no município de Diamantina, indicando que a qualidade da assistência à criança se encontra aquém da necessária. A divergência de avaliação entre os sujeitos da pesquisa denota a diferença de entendimento dos mesmos sobre a funcionalidade da APS, o que por si, já indica a limitação da atuação das eSFs. A melhoria do grau de implantação dos atributos da APS perpassa a necessidade de melhor conhecimento das necessidades dos usuários, o que implica na necessidade da maior inserção dos profissionais, no ambiente das famílias e comunidades.

Constatou-se, também, que a ampliação da cobertura da ESF por si só não garante a melhoria da qualidade da APS, se não houver mudanças no modo de oferta e de organização dos seus serviços. Estas mudanças partem da necessidade de adequação dos serviços às características e necessidades de seus usuários, e não o contrário. Ou seja, a organização dos serviços deve partir de diagnósticos locais de saúde para que, assim, as equipes possam desenvolver

melhores estratégias com melhor possibilidade de alcance de suas ações. Os resultados, aqui apresentados indicam que uma destas possíveis estratégias, poderiam ser a adequação dos horários e dias de funcionamento das unidades, para o melhor alcance das ações de educação em saúde.

O estudo também chama a atenção para a importância do investimento na qualificação contínua dos profissionais da APS, assim como para a necessidade de melhoria das condições de trabalho. A melhoria da qualidade da APS também requer a fortalecimento da sua capacidade de gestão, o que implica na inserção do planejamento e da avaliação, como instrumentos de uso contínuo.

Referências Bibliográficas

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*. 2005 Sep 1; 83(3): 457-502.
2. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization; 2008.
3. Johnson CD, Noyes J, Haines A, Thomas K, Stockport C, Ribas AN, Harris M: Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales *Globalization and Health*. 2013, 9: 25.
4. Macinko J, Marinho de Souza M, Guanais F, Simões CC: Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health programme and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007, 65:2070–2080.
5. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo F, Lima-Costa M, Medina M, et al: Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff* 2010, 29(12): 2149–2160.
6. Pedro MV, Rodrigues DF, Silva D. Saúde é o que interessa? A influência do PSF no alcance da meta de redução da mortalidade infantil dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2011). *Revista Política Hoje*. 2017, Fev 14; 25(2): 175-212.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

8. Blasco, Pablo González, et al. "Family medicine education in Brazil: challenges, opportunities, and innovations." *Academic Medicine* 83.7 (2008): 684-690.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. (Acesso em: 26 Fev, 2017).
10. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011 Jun 3; 377(9780): 1863-76.
11. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011 Jun 1; 16(6): 2753-62.
12. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros The influence of structural and organizational. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Sep; 31(9): 1941-52.
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011 May 27; 377(9779): 1778-97.
14. Carvalho AL, Souza MD, Shimizu HE, Senra IM, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Apr; 17(4): 901-11.
15. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Aug 24; 24(8): 1727-42.
16. Fracolli LA, Gomes MF, Nabão FR, Santos MS, Cappellini VK, Almeida AC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciência & saúde coletiva*. 2014 Dec; 19(12): 4851-60.
17. Savassi LC. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2012 Apr 16; 7(23): 69-74.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília (DF) 2010.

19. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*. 2001; 50(2): 161-75.
20. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Aug; 22(8): 1649-59.
21. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*. Oxford University Press, USA; 1992 May 7.
22. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19: 303-17.
23. Figueiredo AM, Kuchenbecker RD, Harzheim E, Vigo Á, Hauser L, Chomatas ER. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013 Mar; 22(1): 41-8.
24. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18: 44-8.
25. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfeld B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2011; 2(8): 6-14.
26. Mesquita Filho M, Luz BS, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(7).
27. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 Oct 2; 15(s2).
28. Costa GD, Cotta RM, Reis JR, Ferreira MD, Reis RS, Franceschini SD. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Jul 1: 3229-40
29. Moreira LM de C, Alves CRL, Belisário SA, Bueno4 M de C. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. 2012; 22(Supl 7): 48-55.

30. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>, (Acesso em: 6 Fev, 2017).
31. Diamantina, MG. Secretaria municipal de Saúde. Sistema de informação da atenção básica, 2014.
32. Kamakura W, Mazzon JA. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa- ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil- ABEP . 2013.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> (Acesso em: 20 Ago, 2013).
34. Brasil. Lei nº 10.836 de janeiro de 2004. Institui o Programa Bolsa Família, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm. (Acesso em: 26 Fev, 2017).
35. Leão CD, Caldeira AP, Oliveira MM. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. bras. saúde matern. infant. 2011; 323-34.
36. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cadernos de saúde pública. 2012 Set. 1772-1784.
37. Elias PE, Ferreira CW, Alves MC, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2006 Sep;11(3): 633-41.
38. Harzheim E, Hauser L, Pinto LF, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2016, 1399-1408.
39. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros The influence of structural and organizational. Cadernos de Saúde Pública. 2015 Sep; 31(9): 1941-52.
40. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2012 Oct 1; 22(4).

41. Mello GA, Mattos AT, Souto BG, Fontanella BJ, Demarzo MM. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(3): 464-71.
42. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DD, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl 1): 193-201.
43. Junqueira TDS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SDFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Publica*. 2010; 26(5): 918–28.
44. Santos LM, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 3547-52.
45. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
46. Cavalcante Neto PG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Rev. bras. educ. méd.* 2009, 198-204.
47. Leão CD, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Nov; 16(11): 4415-23.
48. da Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016 Jan; 69(1): 47-53.
49. Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJ. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009 Jun 19; 43(4): 595-603.
50. Reis RS, Coimbra LC, da Silva AA, dos Santos AM, Lamy ZC, Ribeiro SV, de Araújo Dias MS, da Silva RA. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 Nov 1; 18(11)

51. Serapioni M, da Silva MG. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Nov 1; 16(11)
52. da Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015 Oct 1; 23(5): 979-87.
53. da Silva SA, Nogueira DA, da Silva Paraizo CM, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014 Aug 1;48(spe):122-8.
54. Silva CB, Paula CC, Lopes LF, Harzheim E, Magnago TS, Schimith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016 Jun; 69(3): 522-31.
55. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept?. *Social science & medicine*. 1994 Feb 1; 38(4): 509-16.
56. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*. 2005 Mar; 43(1): 29-44.
57. Starfield B, organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
58. Ribeiro LD, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members. *Cad. saúde pública*. 2010 Dec; 26(12): 2316-22
59. Machado MM, Bezerra Filho JG, Machado MD, Lindsay AC, Magalhães FB, Gama ID, Cunha AJ. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Nov; 17(11): 3125-33.
60. Leão CD, Caldeira AP, Oliveira MM. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2011;323-34.
61. de Oliveira VB, Veríssimo MD. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias:

comparação entre modelos de Atenção Primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015 Feb 1; 49(1):30-6.

62. Marques AS, Freitas DA, Alves Leão CD, Oliveira M, Ketllin S, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 Feb 1; 19(2).

63. Shimazaki ME. A Atenção Primária à Saúde. MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina. 2009; 1:38-43.

64. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2005 Feb;9(16):39-52.

65. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 713-724.

66. Perry HB, Shanklin DS, Schroeder DG. Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia. *J Health Popul Nutr* 2003; 21(4): 383-95.

67. Shimazaki ME. A Atenção Primária à Saúde. MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina. 2009; 1:38-43.

68. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010 Feb;26(2):286-98.

5.2- Artigo 3: Fatores associados à percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência recebida por crianças na APS de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Introdução

As primeiras participações de usuários em pesquisas avaliativas aconteceram por volta da década de 1960 na Europa e nos Estados Unidos, porém foi a partir da década 1980, incentivado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que o movimento de busca de qualidade dos serviços de saúde tomou expressão, e a participação dos usuários ganhou espaço^{1,2}. No Brasil, mesmo com a conquista do direito ao controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi apenas por volta do ano 2000 que os estudos voltados para a satisfação dos usuários se tornaram mais frequentes¹⁻⁴. Até então, a maior parte das pesquisas, em sua maioria financiada por agências internacionais, se detinha à análise do uso eficiente de recursos pelo Estado³.

Com a valorização do discurso em torno da qualidade da atenção, no cenário mundial, a satisfação dos usuários se tornou importante indicador na avaliação dos serviços de saúde, fazendo com que a necessidade de adequar os serviços ao seu uso se tornasse cada vez mais premente². No Brasil, a participação dos usuários passou a estar relacionada à busca da efetivação do direito à saúde e o alcance de uma das premissas básicas do SUS, a integralidade do cuidado⁵. Neste contexto, o usuário adquiriu centralidade na avaliação em saúde e sua atuação passou a ir além de ser mais um fornecedor de informações. O usuário passa a ser visto como mais um elo do processo avaliativo, cujo interesse se relaciona tanto na busca pela qualidade da assistência como pela garantia do direito à saúde⁵.

A concepção de qualidade da assistência em saúde é algo complexo e multidimensional que pode variar, conforme os atores envolvidos, o tipo de serviço avaliado e a sua finalidade^{6,7}. O Ministério da Saúde tem promovido a institucionalização da avaliação, como importante instrumento de gestão, e tratado a concepção de qualidade da assistência, atrelada tanto ao desempenho de seus serviços como à efetivação do direito à saúde. É nesse sentido que um dos modelos de avaliação mais utilizados tem sido o proposto por Donabedian⁸, cuja concepção de qualidade se relaciona à mensuração dos aspectos relacionados à estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde^{6,8}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um dos principais cenários para os estudos avaliativos no Brasil. A importância da avaliação, deste nível de atenção, reside no fato deste ser o local de contato mais frequente com o usuário e ser a porta de entrada para a rede assistencial em saúde do SUS. Desta forma, a maior satisfação dos usuários com a APS pode significar maior envolvimento com o serviço, maior adesão às atividades propostas e, assim, o maior alcance e os melhores resultados das ações propostas pelo sistema^{6,7}. Por outro lado, a percepção da qualidade dos serviços pelos usuários não pode ser vista como um parâmetro uniforme, uma vez que suas informações e, sobretudo, seu julgamento, em sua maioria, estão condicionados às suas diferentes características e experiências⁷. Desta forma, as características sociodemográficas e culturais, o tipo de serviço recebido, sua condição de saúde, local em que vivem, último atendimento recebido, dentre outros, devem ser considerados nas avaliações com a participação de usuários⁷.

Os estudos avaliativos sobre a APS, com a participação dos usuários, têm se tornado cada vez mais frequentes, sobretudo na avaliação da saúde infantil. A qualidade da atenção à saúde da criança, por se tratar de um grupo mais vulnerável, é apontada como importante parâmetro para definir a qualidade da APS de uma localidade^{9,10}. Considerando que o Brasil é um país vasto e díspare, tanto na sua composição geográfica quanto populacional, ao considerar a participação do usuário na avaliação dos serviços saúde, torna-se importante conhecer e considerar os diferentes aspectos que possam estar relacionados à qualidade de suas avaliações⁷. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência recebida na APS por crianças, nas áreas urbana e rural do município. Para isso, foi realizada uma pesquisa avaliativa na APS de Diamantina, com o intuito de avaliar o grau de implantação dos princípios da APS utilizando o *Primary care assessment tool* (PCATool – Brasil), instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde para tal propósito¹¹.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado em Diamantina, interior de Minas Gerais. O município pertence à mesorregião do Vale do Jequitinhonha, reconhecida por seus baixos índices de desenvolvimento socioeconômico. Sua população foi estimada em 48.095 habitantes¹² em 2016, sendo 40.058 residentes na área urbana e 8.037 na área rural¹³, distribuída numa extensa área geográfica, o que faz o município possuir uma das

menores densidades demográficas do Estado. A economia local tem por base o setor de serviços, com destaque para as áreas de educação, saúde e turismo, além da prática do garimpo, sobretudo nas suas áreas rurais¹⁴.

O município possui importante estrutura de serviços de saúde dos níveis secundário e terciário, que é referência para uma população de mais de 280 mil habitantes distribuída em 22 municípios da região. Sua APS, cenário deste estudo, é composta por 14 equipes de Saúde da Família (eSF), sendo oito que prestam assistência à população urbana do município, quatro à população rural e duas que assistem tanto à população urbana quanto a rural (denominadas neste estudo de unidades mistas)¹⁴.

Os sujeitos da pesquisa foram responsáveis por crianças de 0 a 4 anos de idade usuárias dos serviços de APS de Diamantina. Para o cálculo da amostra, realizou-se um levantamento do número de crianças cadastradas em cada eSF, com base no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹³, consultado em maio de 2014. Foi identificado um total de 2.564 crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, sendo 1.814 residentes na área urbana e 750 na rural. Na definição da amostra, foi considerado que 80% das crianças do município utilizavam regularmente os serviços de APS, que a proporção de crianças entre as áreas urbana e rural seria 2:1, esperando um poder estatístico de 80% e um nível de confiança de 95%. A amostra foi estratificada por eSF, considerando sua localização geográfica. Para as unidades mistas, as crianças foram separadas por local de residência, urbano e rural. A amostra total foi de 716 crianças, sendo 507 da área urbana e 209 da rural, acrescidos 10% para possíveis perdas.

Para a realização das entrevistas, foi feita uma relação nominal de todas as crianças de cada eSF e atribuído um número a cada uma. Com base no tamanho amostral, previamente definido para cada equipe, foram realizados sorteios aleatórios simples. Nas situações em que mais de uma criança da mesma família foi sorteada, o responsável foi convidado a responder às perguntas relativas à criança mais velha. Em seguida, outra criança da mesma eSF foi sorteada para ser incluída na amostra. O mesmo foi feito, caso alguma das crianças sorteadas não preenchesse algum dos critérios de inclusão. Desta forma, foram sorteadas aleatoriamente tantas crianças quantas fossem necessárias, até compor a amostra definida para cada eSF.

Foram incluídos na pesquisa os responsáveis por crianças de 0 a 4 anos de idade que, além de cadastradas, tivessem usado os serviços oferecidos pelas eSF pelo menos uma vez, nos

últimos seis meses. Foram excluídas aquelas crianças que não utilizaram o serviço, nos últimos seis meses, e entrevistados portadores de distúrbios mentais ou emocionais, que impedissem a compreensão dos procedimentos da pesquisa.

Para a coleta de dados foi recrutada uma equipe de colaboradores voluntários, composta por estudantes de cursos de graduação e de pós-graduação da área de saúde, que receberam um treinamento prévio sobre os procedimentos a serem usados na pesquisa. Foi realizado estudo piloto com seis usuários da área urbana e outros seis da rural, escolhidos aleatoriamente, a fim de averiguar a clareza das questões, possíveis dúvidas, corrigir possíveis limitações dos instrumentos propostos, além de treinar a equipe de colaboradores. Os sujeitos do estudo piloto não foram incluídos na amostra da pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos. O primeiro foi um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, a fim de traçar o perfil da criança, dos pais e do uso dos serviços de saúde. O segundo foi o Instrumento de Avaliação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁵ para a classificação socioeconômica das famílias, como: informações sobre renda familiar, ocupação dos pais, número de pessoas por domicílio, recebimento de benefícios sociais, condições de moradia, suprimento de água, presença ou não de banheiro e posse de bens (eletrodomésticos e veículos motorizados). O terceiro instrumento foi o *PCATool* – Brasil, versão criança, utilizado para a avaliação da APS¹¹. Trata-se um instrumento originalmente criado nos Estados Unidos na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* por Starfield¹⁶ e já validado no Brasil¹⁷ e em outros países^{18,19}. O *PCATool* avalia a qualidade da APS, com base na presença e extensão dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e coordenação) e derivados (atenção centrada na família; orientação comunitária e a competência cultural). Este instrumento permite comparar diferentes modelos de organização da APS, sob a perspectiva de profissionais, gestores e usuários.

A coleta dos dados foi realizada, no período entre outubro de 2014 e abril de 2015, por meio de visitas nos serviços de saúde e nos domicílios dos usuários. Foram realizadas 707 entrevistas, sendo 498 de crianças da área urbana e 209 da área rural. Foram excluídas nove crianças da amostra urbana, por não preencherem os critérios de inclusão da pesquisa e não ter sido possível substituí-las por outras da mesma área de abrangência.

Após a coleta dos dados estes foram armazenados numa planilha do software Excel^R, com dupla digitação, para verificação de possíveis inconsistências. Em seguida realizou-se a análise estatística utilizando o software R versão 3.3. Para a análise descritiva das variáveis caracterizadoras dos usuários, utilizaram-se frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, e medidas de posição, tendência central e dispersão variáveis, para as variáveis quantitativas.

Na avaliação da APS foram calculados os escores dos atributos conforme proposto pelo manual do *PCATool* Brasil¹¹. Primeiramente foram obtidas as médias aritméticas dos valores das respostas dos itens, que compõem cada atributo e seus componentes. Em seguida, o valor foi transformado para uma escala de 0 a 10 ($\text{Escore APS} = [(\text{escore obtido} - 1)] \times 10/3$) e, assim, definido os escores dos componentes dos atributos da APS, sendo eles: “acesso de primeiro contato – utilização e acessibilidade”, “longitudinalidade”, “coordenação – integração de cuidados e sistema de informações”, “integralidade – serviços disponíveis e serviços prestados”, “orientação familiar” e “orientação comunitária”. A partir destes componentes foi calculado o “escore essencial” (que envolve a média dos escores dos atributos “acesso de primeiro contato”, “longitudinalidade”, “integralidade” e “coordenação da atenção”) e o “escore geral” (média de todos os escores). Seguindo as orientações do manual do *PCATool*, os componentes com escores com valores iguais ou superiores a 6,6 foram considerados como tendo forte orientação aos atributos da APS. Já os valores inferiores a 6,6 indicam fraca orientação¹¹. Após o cálculo dos escores, foram contabilizadas as frequências dos usuários, que atribuíram escores iguais ou maiores que 6,6, e os que atribuíram escores menores que 6,6 para os atributos no município, e por área urbana e rural. O teste de qui-quadrado foi utilizado para verificar a existência de associação entre as características dos usuários e os escores atribuídos, por eles, aos serviços de APS.

A fim de avaliar a influência das variáveis explicativas sobre a ocorrência do “Escore geral” da APS com pouca orientação aos atributos da atenção primária, foi realizada análise de regressão logística multivariada. As variáveis explicativas foram organizadas em três grupos, sendo eles: “Perfil socioeconômico e demográfico”, composto pelas variáveis idade da mãe, idade do pai, ocupação da mãe, número de filhos, bolsa família, outro benefício, classificação socioeconômica da ABEP, escolaridade da mãe, renda família mensal e renda per capita familiar. O segundo grupo, denominado “Fatores relacionados ao uso dos serviços de saúde”,

foi composto pelas variáveis tipo de serviço de afiliação, plano de saúde particular e número de vezes de utilização do serviço, nos últimos seis meses. No terceiro grupo, estão os “Aspectos relacionados à criança”, como sexo da criança, presença de problema de saúde no momento da entrevista, uso contínuo de medicamentos, histórico de doenças e hospitalizações da criança, estado vacinal e a idade da criança.

Após a definição dos grupos, foi realizada, inicialmente, análise univariada, utilizando o qui-quadrado para a pré-seleção dos potenciais preditores do “Escore geral” com pouca orientação aos atributos da APS considerando nível de significância de 25%. Foram ajustados modelos distintos para cada grupo de variáveis descritos anteriormente. Nestes modelos, foi aplicado o método *Backward* para seleção das variáveis. O método *Backward* é o procedimento de retirar, por vez, a variável com maior valor-p, repetindo o procedimento, até que restem, no modelo, somente variáveis com valor $p < 0,05$. Foi ajustado um modelo com as variáveis do modelo final de cada grupo de variáveis. Repetiu-se o procedimento *Backward* de exclusão de variáveis para definição final das variáveis preditoras do “Escore geral” de baixa orientação aos atributos. Para avaliar a qualidade do ajuste da regressão logística utilizou-se o teste de *Hosmer-Lemeshow*²⁰ e o pseudo R^2 de *Nagelkerke*²¹.

Durante a realização da pesquisa foram respeitados todos os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que rege as pesquisas com seres humanos²². A mesma só teve início após o consentimento do gestor de saúde do município de Diamantina e o parecer final do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP – UFMG) - CAAE: 36519614.0.0000.5149.

Resultados

A análise descritiva do perfil dos usuários, conforme apresentado na Tabela 1, mostrou que a maioria das mães (94,8%) e dos pais (98,4%) tinham 19 ou mais anos. As mães das crianças tinham em média cerca de 9 anos de estudo, a maior parte trabalhava fora de casa (57,6%) e tinham mais de um filho (59,1%). A maioria das famílias era das classes C, D e E (87,7%), com renda familiar mensal média de R\$1341,41, correspondendo a uma renda *per capita* mensal média de R\$ 301,98. Em torno de 43% destas famílias recebiam Bolsa Família e 57,8% tinham algum outro tipo benefício social. Cerca de 74% das famílias eram afiliadas à eSF, ou seja, tinham estes serviços como referência para o cuidado da criança e utilizaram estes serviços em média 3,7 vezes nos últimos seis meses. Cerca de 14% das crianças

possuíam planos de saúde privados. As crianças em sua maioria eram do sexo feminino (51,6%), sendo que 83,7% destas não apresentava problemas de saúde no momento da entrevista, e nem faziam uso contínuo de medicamentos (88,7%). Cerca 86% das crianças tinham histórico de doenças prevalentes da infância como diarreia, infecções respiratórias, carência nutricional, parasitoses e outras. Entretanto, apenas 22,1% tinham histórico de hospitalização. Além disso, a maioria (95,2%) estava com as vacinas em dia.

Tabela 1. Análise descritiva do perfil dos usuários responsáveis por crianças de 0 a 4 da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

		Variáveis	N	%
Perfil Socioeconômico e demográfico	Idade da mãe	< 19 anos	37	5,3%
		19 ou mais anos	668	94,8%
	Idade do Pai	< 19 anos	11	1,6%
		19 ou mais anos	660	98,4%
	Ocupação da mãe	Trabalha em casa	299	42,4%
		Trabalha fora de casa	406	57,6%
	Número de filhos	Primíparas	289	40,9%
		Múltiparas	418	59,1%
	Recebe Bolsa Família	Sim	306	43,3%
		Não	401	56,7%
	Recebe outro benefício	Sim	408	57,8%
		Não	298	42,2%
	Classificação socioeconômica ABEP	A, B	87	12,3%
		C, D, E	620	87,7%
Escolaridade da mãe (anos)	Média (D.P.)	9,39	3,3	
Renda familiar mensal	Média (D.P.)	1.341,41	1.054,68	
Renda per capita familiar	Média (D.P.)	301,98	297,9	
Fatores relacionados ao uso dos serviços de saúde	Tipo de Unidade de Saúde	Urbana	498	70,4%
		Rural	209	29,6%
	Serviço de Afiliação	ESF	502	74,0%
		Outros serviços	176	25,9%
	Plano de saúde particular da criança	Sim	99	14,0%
		Não	607	85,9%

	Nº de vezes que utilizou os serviços de APS	Média (D.P.)	3,70	2,2
Aspectos relacionados à criança	Sexo da criança	Masculino	342	48,4%
		Feminino	365	51,6%
	Criança com problema de saúde no momento da entrevista	Sim	115	16,3%
		Não	592	83,7%
	Criança em uso contínuo de medicamentos	Sim	80	11,3%
		Não	626	88,7%
	Histórico de doenças da criança *	Sem histórico	98	14,2%
		Com histórico de doenças	594	85,8%
	Estado vacinal da criança	Em dia	673	95,2%
		Atrasado	34	4,8%
	Histórico de hospitalização **	Sim	156	22,1%
		Não	551	77,9%
	Idade da criança (meses)	Média (D.P.)	29,98	17,5

* Foi pesquisado o histórico de ocorrência das doenças prevalentes na infância como: diarreia, infecções respiratórias, carência nutricional, parasitoses e outras.

** Foram considerados hospitalizados todos aqueles que permaneceram pelo menos uma noite no hospital.

Na Tabela 2 é apresentada a análise descritiva da avaliação dos atributos da APS do município pelos usuários. É apresentada distribuição dos usuários conforme a avaliação dos escores dos atributos. Na tabela “sim” indica que foi atribuído escore maior/ igual a 6,6 ao atributo avaliado (indicando forte orientação) , e “não”, para os que atribuíram escore menor que 6,6 (indicando fraca orientação). As distribuições estão apresentadas considerando o município como um todo e por área geográfica, urbana e rural. Para estas últimas, foi realizada a comparação das avaliações pelo teste qui-quadrado.

Considerando o município como um todo, observou-se que a maioria dos usuários considerou que a APS do município apresentava forte orientação aos componentes “utilização” (68,6%) e “sistemas de informações” (85,3%). Quanto aos demais atributos e seus componentes, a maioria não alcançou o escore de qualidade (>6,6): “acessibilidade” (49,7%), “longitudinalidade” (39,7%), “integração de cuidados” (33,9%), “serviços disponíveis” (19,9%), “serviços prestados” (43,2%), “orientação familiar” (43,1%) e “orientação

comunitária” (31,4%). Com base no “Escore geral”, apenas 34,7% das avaliações atribuíram forte orientação dos atributos da APS, enquanto que no “Escore essencial” apenas 39,3%.

Na comparação entre as áreas urbana e rural, destaca-se que houve diferença significativa entre as áreas urbana e rural, em relação à avaliação dos atributos “utilização” ($p<0,001$), “acessibilidade” ($p<0,001$), “longitudinalidade” ($p=0,029$), “integração de cuidados” ($p<0,001$), “sistema de informações” ($p<0,001$) e “orientação familiar” ($p=0,038$), sendo que o percentual de avaliações que alcançaram o escore de 6,6 foi maior na área rural do que na área urbana. As áreas urbana e rural foram significativamente diferentes quanto ao “Escore essencial” ($p<0,001$) e quanto ao “Escore geral” ($p<0,001$), sendo que o percentual de avaliações que alcançaram um escore de corte foi maior na área rural do que na área urbana.

Tabela 2: Análise descritiva das avaliações que atingiram o escore de qualidade na avaliação da Atenção Primária à Saúde e comparação da avaliação entre as áreas urbana e rural pelos usuários do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Avaliações que atingiram escore de qualidade		Município		Urbano		Rural		Valor-p ***
		N	%	N	%	N	%	
Acesso de primeiro contato - Utilização	Sim	485	68,6%	312	62,7%	173	82,8%	0,000
	Não	222	31,4%	186	37,3%	36	17,2%	
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	Sim	346	49,7%	217	44,6%	129	61,7%	0,000
	Não	350	50,3%	270	55,4%	80	38,3%	
Longitudinalidade	Sim	280	39,7%	184	37,1%	96	45,9%	0,029
	Não	425	60,3%	312	62,9%	113	54,1%	
Coordenação - Integração de cuidados	Sim	154	33,9%	93	28,6%	61	46,9%	0,000
	Não	301	66,2%	232	71,4%	69	53,1%	
Coordenação - Sistema de informações	Sim	592	85,3%	397	81,9%	195	93,3%	0,000
	Não	102	14,7%	88	18,1%	14	6,7%	
Integralidade - Serviços disponíveis	Sim	124	19,9%	91	21,4%	33	16,7%	0,167
	Não	499	80,1%	334	78,6%	165	83,3%	
Integralidade - Serviços prestados	Sim	300	43,2%	212	43,4%	88	42,5%	0,821
	Não	395	56,8%	276	56,6%	119	57,5%	
Orientação familiar	Sim	301	43,1%	199	40,5%	102	49,0%	0,038
	Não	398	56,9%	292	59,5%	106	51,0%	

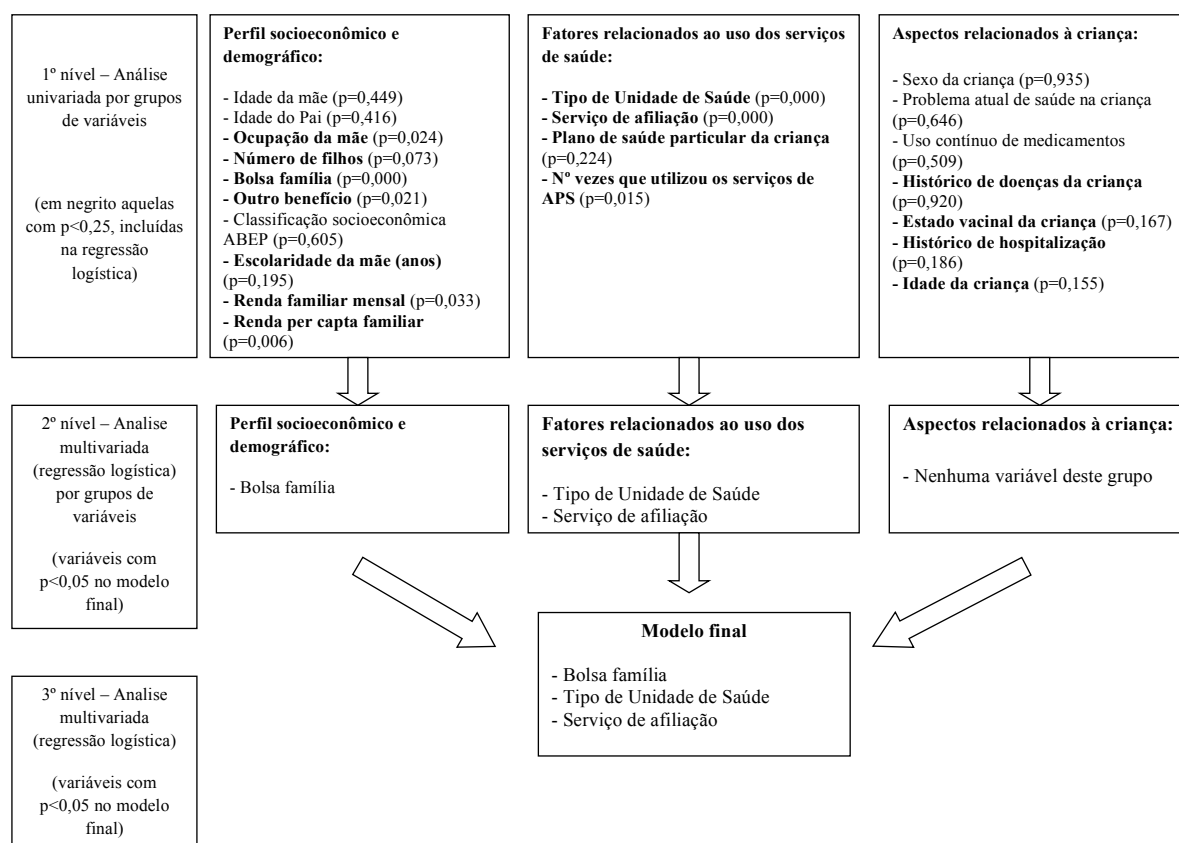
Orientação comunitária	Sim	207	31,4%	150	33,0%	57	27,9%	0,199
	Não	452	68,6%	305	67,0%	147	72,1%	
Essencial	Sim	278	39,3%	169	33,9%	109	52,2%	0,000
	Não	429	60,7%	329	66,1%	100	47,8%	
Escore geral	Sim	245	34,7%	148	29,7%	97	46,4%	0,000
	Não	462	65,4%	350	70,3%	112	53,6%	

*** Teste Qui-Quadrado comparando as áreas urbana e rural.

“Sim”: indica as avaliações que alcançaram escore igual / maior a 6,6 ao atributo da APS, de acordo com a avaliação proposta pelo PCATool. “Não”, indica que as avaliações não alcançaram o escore de 6,6.

A fim de analisar a influência das variáveis explicativas (“Perfil socioeconômico e demográfico”, “Fatores relacionados ao uso dos serviços de saúde” e “Aspectos relacionados à criança”) sobre a ocorrência do “Escore geral” menor que 6,6, foi realizada a análise multivariada conforme o fluxograma apresentado na Figura 1:

Figura 1. Fluxograma da análise multivariada dos fatores associados à percepção dos usuários sobre o escore geral da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2017.



Na Tabela 3 é apresentado os modelos inicial e final para as variáveis dos grupos “Perfil socioeconômico e demográfico”, “Fatores relacionados ao uso dos serviços de saúde” e “Aspectos relacionados à criança” que influenciaram a ocorrência do escore inferior a 6,6.

Tabela 3. Análise multivariada por grupos de variáveis associados à percepção dos usuários sobre o escore geral da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerias, Brasil, 2017. (2º nível)

	Fonte	Modelo Inicial			Modelo Final			
		OR	IC - 95%	Valor-p	OR	IC - 95%	Valor-p	
G R U P O A	Ocupação da mãe = Trabalha em casa	1,0	-	-	-	-	-	
	Ocupação da mãe = Trabalha fora de casa	1,3	[0,9; 1,9]	0,091	-	-	-	
	Número de filhos = Primíparas	1,0	-	-	-	-	-	
	Número de filhos = Multíparas	0,9	[0,6; 1,3]	0,473	-	-	-	
	Bolsa família = Sim	1,0	-	-	1,0	-	-	
	Bolsa família = Não	1,8	[1,2; 2,6]	0,003	1,9	[1,4; 2,6]	0,000	
	Outro benefício = Sim	1,0	-	-	-	-	-	
	Outro benefício = Não	1,1	[0,8; 1,6]	0,677	-	-	-	
	Escolaridade da mãe	0,9	[0,9; 1,0]	0,152	-	-	-	
	Renda familiar mensal	1,0	[1,0; 1,0]	0,651	-	-	-	
	Renda per capita familiar	1,0	[1,0; 1,0]	0,251	-	-	-	
	Pseudo R ² (Nagelkerke)		4,9%			3,1%		
	Teste de Hosmer-Lemeshow (valor-p)		0,393			1,000		
G R U P O B		Modelo Inicial			Modelo Final			
		OR	IC - 95%	Valor-p	OR	IC - 95%	Valor-p	
	Tipo de Unidade de Saúde = Rural	1,0	-	-	1,0	-	-	
	Tipo de Unidade de Saúde = Urbana	1,6	[1,1; 2,2]	0,012	1,6	[1,1; 2,3]	0,008	
	Serviço de afiliação = eSF	1,0	-	-	1,0	-	-	
	Serviço de afiliação = Outros serviços	3,4	[2,2; 5,4]	0,000	3,4	[2,2; 5,3]	0,000	
	Plano de saúde particular = Sim	1,0	-	-	-	-	-	
	Plano de saúde particular = Não	1,2	[0,7; 1,9]	0,505	-	-	-	
	Nº vezes que utilizou os serviços de APS	0,9	[0,9; 1,0]	0,115	-	-	-	
	Pseudo R ² (Nagelkerke)		10,1%			9,5%		
Teste de Hosmer-Lemeshow (valor-p)		0,640			1,000			

GRUPO	Fonte	Modelo Inicial			Modelo Final		
		OR	IC - 95%	Valor-p	OR	IC - 95%	Valor-p
C	Estado vacinal da criança = Em dia	1,0	-	-	-	-	-
	Estado vacinal da criança = Atrasado	1,9	[0,8; 4,3]	0,129	-	-	-
	Histórico de hospitalização = Não	1,0	-	-	-	-	-
	Histórico de hospitalização = Sim	0,8	[0,5; 1,1]	0,126	-	-	-
	Idade da criança	1,0	[1,0; 1,0]	0,087	-	-	-
Pseudo R ² (<i>Nagelkerke</i>)		2,4%					
Teste de <i>Hosmer-Lemeshow</i> (valor-p)		0,626					

Grupo A: Fatores socioeconômicos e demográficos; Grupo B: Fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde; Grupo C: Fatores relacionados à criança

A Tabela 4 mostra o modelo logístico inicial e final para a avaliação geral da ocorrência de “Escore geral” inferior a 6,6 em que as variáveis “Bolsa família”, “Tipo de unidade de saúde” e “Serviço de afiliação da criança”, permaneceram no modelo final da regressão logística. Assim, os usuários que “não recebiam bolsa família” (OR=1,6; IC 1,2; 2,2), que “residiam na área urbana” (OR=1,5; IC 1,1; 2,1) e “não tinham afiliação à eSF” (OR=3,2; IC 2,1; 5,1) atribuíram valores do “Escore geral” abaixo do ponto de corte.

Para os “Fatores socioeconômicos e demográficos”, houve associação da variável “Bolsa família” (OR=1,6; IC 1,2; 2,2) com a variável resposta, sendo que a chance dos indivíduos que não recebiam “Bolsa família” atribuírem “Escore geral” inferior a 6,6 aos atributos da APS, foi 1,6 vezes a chance dos indivíduos que recebiam bolsa família.

Quanto aos “Fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde”, o “Tipo de unidade de saúde” mostrou-se associado a valores de “Escore geral” inferior a 6,6 (OR=1,5; IC 1,1; 2,1), sendo que a chance de indivíduos que utilizam unidades de saúde da área urbana atribuírem “Escore geral” inferior ao índice de corte foi 1,5 vezes à chance dos usuários da área rural. Além disso, houve associação significativa entre a variável “Serviço de afiliação” e a ocorrência do “Escore geral” inferior a 6,6 (OR=3,2; IC 2,1; 5,1), sendo que a chance dos indivíduos que não se consideravam afiliados a eSF apresentarem “Escore geral” abaixo do índice de corte foi 3,2 vezes a chance dos indivíduos afiliados a estes serviços.

Tabela 4. Modelo logístico inicial e final para a avaliação do escore geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerias, Brasil, 2017. (3º nível)

Fonte	Modelo Inicial			Modelo Final		
	OR	IC - 95%	Valor-p	OR	IC - 95%	Valor-p
Bolsa família = Sim	1,0	-	-	1,0	-	-
Bolsa família = Não	1,6	[1,1; 2,2]	0,007	1,6	[1,2; 2,2]	0,006
Tipo de Unidade de Saúde = Rural	1,0	-	-	1,0	-	-
Tipo de Unidade de Saúde = Urbana	1,5	[1,0; 2,1]	0,038	1,5	[1,0; 2,1]	0,023
Serviço de afiliação = eSF	1,0	-	-	1,0	-	-
Serviço de afiliação = Outros serviços	3,2	[2,1; 5,0]	0,000	3,2	[2,1; 5,1]	0,000
Pseudo R ² (<i>Negelkerke</i>)	10,9%			10,9%		
Teste de <i>Hosmer-Lemeshow</i> (valor-p)	0,788			0,997		

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a maioria dos usuários da APS atribuiu escores inferiores ao ponto de corte recomendado para a assistência à criança. Além do mais, existem diferenças significativas entre as avaliações feitas por usuários das áreas urbana e rural, sendo que os usuários da área urbana tenderam a avaliar pior os serviços que os da área rural. Os resultados da análise multivariada sugerem que, o fato dos usuários não receberem Bolsa Família, residirem na área urbana e não terem afiliação com à eSF, esteve associado a piores avaliações dos serviços de APS, independente de outros fatores.

Os escores atribuídos à APS de Diamantina indicam a existência de um desalinhamento entre a assistência oferecida e a percebida pelos usuários. Outros estudos realizados no Brasil²³⁻²⁵ reportam baixos escores dos atributos da APS, relacionando-os principalmente às limitações do acesso dos serviços, da integralidade da atenção, das orientações familiar e comunitária. Estes resultados estão intimamente ligados a serviços que prestam assistências fragmentadas e descontinuas, com limitações no estabelecimento de vínculo entre usuários e serviços. Além disso, os mesmos estudos²³⁻²⁵ relacionam os serviços com baixos escores ao aumento do número de adoecimentos e internações de crianças, sobretudo por causas evitáveis, o comprometimento do crescimento e desenvolvimento da criança, além a maior oneração do sistema de saúde, dentre outros.

Neste estudo, tendo em vista que a maior parte dos usuários atribuiu escores inferiores ao ponto de corte estabelecido para a APS, buscou-se analisar os aspectos que pudessem ter determinado esta avaliação. O modelo final da análise multivariada proposta neste estudo apontou três fatores que, independentemente dos demais, determinaram este resultado. São eles: não ser beneficiário do Programa Bolsa Família; ser usuário da eSF na área urbana e ter afiliação a outro tipo de serviço para a assistência da criança que não seja a eSF.

Sobre os "fatores socioeconômicos e demográficos", os usuários que "não recebiam Bolsa Família" tenderam atribuir baixo o "Escore geral" da APS de Diamantina. O Programa Bolsa Família (PBF) é uma iniciativa do Governo Federal, para enfrentar as iniquidades sociais encontradas na população brasileira, por meio da transferência de renda às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza²⁶. Esse aporte financeiro é condicionado ao cumprimento de uma série de compromissos que os beneficiários devem assumir nas áreas de educação, assistência social e saúde. Na saúde, as famílias devem seguir uma agenda de atividades junto à APS, cujo foco é a atenção materno-infantil. Assim, após a identificação das famílias elegíveis, o que é realizado no âmbito municipal, o recebimento do benefício é atrelado à condicionalidades como a realização dos atendimentos de pré-natal, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a vigilância nutricional, e a imunização da criança até os sete anos de idade. Neste período, a APS de referência para a família deve oferecer esses serviços, acompanhar os beneficiários e reportar o cumprimento destas condicionalidades, para continuidade do recebimento do benefício²⁶.

Depois de treze anos de sua implantação, atualmente, o PBF cobre cerca de 12 milhões famílias em todo país. Ao longo desse período, o programa tem alcançado importante reconhecimento internacional por conta dos seus resultados como a redução da miséria e a melhoria da distribuição de renda na população, contribuindo assim, para a redução das desigualdades que ainda existem no país^{27,28}. Estudos²⁹⁻³¹ mostram que, no âmbito dos serviços de saúde, um dos primeiros impactos foi o aumento das demandas dos serviços, devido à necessidade de cumprimento das condicionalidades do programa. Por mais que as atividades propostas aos beneficiários sejam atividades inerentes à atuação dos serviços de saúde APS, os profissionais apontaram o despreparo dos serviços para captar essa demanda³¹. Outra consequência foi o surgimento de um ambiente de tensão entre profissionais e beneficiários, por aspectos relacionados à necessidade de cumprimento da agenda e a incapacidade organizacional das equipes^{29,31}, o que levou as equipes a se adequarem para

atender mais essa demanda, impactando diretamente na melhoria do acesso das famílias aos serviços. Apesar do aumento da demanda, o cumprimento das condicionalidades também foi apontado como oportunidade criada para o estreitamento das relações entre os beneficiários e profissionais ³¹.

Diante deste contexto, infere-se que, o fato dos não beneficiários do Bolsa Família atribuírem menor escore aos atributos da APS, possa ser decorrente das menores oportunidades de conhecer os serviços e de criação de vínculo com o mesmo. A criação de vínculo está relacionada à existência de uma relação de proximidade, entre usuários e profissionais, decorrente da assistência regular e contínua ao longo do tempo, levando a interdependência, compromisso e responsabilização entre ambos³²⁻³⁴. Desta forma, para que o vínculo seja criado há a necessidade do encontro entre profissional e usuário, o que se pressupõe ser menos frequente entre os profissionais da APS e os não beneficiários do Bolsa Família, implicando no menor conhecimento da realidade dos serviços. Somado a isso, percebe-se, também, que os beneficiários do Bolsa Família têm a possibilidade de ter o melhor acesso aos serviços, em função das condicionalidades, diferente dos não beneficiários. Sendo assim, acredita-se que o menor vínculo, menor conhecimento da realidade dos serviços e o acesso diferenciado possa justificar os menores escores.

O outro fator relacionado ao baixo Escore Geral da APS de Diamantina é o tipo de unidade de saúde, a qual os usuários estão vinculados, sendo que os usuários de serviços da área urbana tendem a atribuir pior qualidade aos serviços. Esse resultado remete a duas questões possíveis: que fatores relacionados ao meio urbano influenciariam na má avaliação dos serviços? E, o que existe nas áreas rurais que favorece a melhor avaliação dos seus serviços?

Para responder a essas questões, é importante remeter aos conceitos do que se entende por urbano e rural. Pesquisas ³⁵⁻³⁷ apontam a complexidade da definição do que é urbano e rural, nos dias atuais, no Brasil. Nas últimas décadas, o país vem passando por um intenso processo de urbanização das áreas rurais, decorrente do crescimento de ocupações e da migração de atividades típicas urbanas para as áreas rurais, como indústria, atividades de lazer, turismo, entre outros ³⁷. Esse processo tem feito com que as áreas rurais deixassem de ser locais exclusivamente agrícolas, provocando importantes mudanças nas regiões interioranas do país, sendo a principal delas o aumento das áreas consideradas como urbanas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016³⁸, dos 5.570 municípios

brasileiros, 68,4% tinham até 20 mil habitantes. Os mesmos autores³⁵⁻³⁷ chamam a atenção que as definições de urbano e rural vão além de delimitações de geográficas, de quantitativo de pessoas ou de atividade econômica do local. A distinção entre essas áreas prevê formas distintas de organização do espaço, processos sociais, atividades econômicas, padrões culturais e modo de vida. Contudo, é importante ressaltar que os critérios usados para essa classificação reportam a termos jurídicos de 1938, que não contemplam toda essa complexidade³⁶. Para Vanderley³⁵, grande parte das áreas, denominadas urbanas, é incapaz de exercer a funcionalidade para tal, no que tange às ofertas de serviços e de bens de consumo coletivo. Desta forma, ao classificar certas áreas como urbanas, corre-se o risco de se omitir uma série de características que são próprias do meio rural, que é muito distinto do que se encontra no meio urbano e que determina e interfere na forma de viver das pessoas³⁷.

As definições das áreas urbana e rural, usadas nesse estudo, seguiram as definições político-organizacionais utilizadas pela Secretaria de Saúde do município de Diamantina que consideram, como áreas rurais, todos os distritos e vilas localizados fora da delimitação de sua sede urbana. Considera-se que essa definição se aproxima da proposta por Vanderley³⁵, que considera áreas rurais aquelas localidades em que as pessoas têm por base a agricultura familiar, precário acesso a serviços e bem de consumo coletivo. O município de Diamantina possui uma densidade demográfica¹² de 11,79 habitante por km², considerada baixa. Sua área rural está distribuída numa vasta extensão territorial, contando com mais de 30 localidades e aglomerados, considerando apenas os distritos e vilas, e que chegam a 120 km distantes da sede. Estas comunidades são cobertas por seis eSFs, sendo duas destas unidades mistas (em que as equipes possuem na sua área de abrangência tanto área urbana, como rural).

As eSFs das áreas rurais funcionam sob as mesmas diretrizes organizacionais das equipes urbanas. Não existe financiamento específico e nem diretriz que norteie a organização das eSFs para comunidades rurais na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012³⁹. Embora esta contemple populações ribeirinhas, o que não se aplica ao contexto de Diamantina. Desta forma, as equipes da área rural precisam se adaptar para atender às suas comunidades. No geral, as eSFs possuem entre quatro e nove unidades sedes, com estrutura física, geralmente adaptada para o atendimento dos usuários, localizadas em vilarejos de referência, em que seja mais fácil o deslocamento das populações das fazendas adjacentes. Desta forma, cada equipe faz uma escala prévia de atendimento quinzenal ou mensal, em que os profissionais médicos e enfermeiros se deslocam para prestar atendimento. É importante

relatar que o modelo de eSF só chegou às comunidades rurais, no ano de 2013, ou seja, a coleta de dados dessa pesquisa se deu por volta de um ano e meio, após a sua implantação.

Em contraposição, na área urbana de Diamantina, as eSFs estão implantadas desde 1997 e funciona, conforme as normas organizacionais propostas pela PNAB, tendo sua área de abrangência e composição da equipe definidas, e possuindo unidade própria para atendimento. Pode-se inferir que, a diferença de avaliação dos serviços das áreas urbana e rural possa estar relacionada tanto ao perfil dos usuários, quanto às particularidades de conformação organizacional e de atuação das equipes.

Assim, em resposta à primeira indagação proposta, entende-se que os aspectos que levam aos usuários da área urbana a avaliarem mal os serviços, remete às próprias dificuldades das equipes para oferecer serviços de qualidade, o que reporta à dificuldade de acesso, ausência de longitudinalidade, falta de coordenação entre os serviços, falta de integralidade das ações, inexistência de orientação familiar e de consideração dos usuários no planejamento das ações, conforme constatado na avaliação dos atributos da APS.

Embora os usuários da área urbana tenham atribuído baixos escores à APS, o mesmo também aconteceu com a maioria dos usuários das áreas rurais, indicando o baixo grau de implantação dos atributos da APS, no município como um todo. Existem fatores peculiares de cada área, que fazem com que os usuários de serviços da área rural avaliem melhor e a urbana, pior. Kassouf⁴⁰ em seu estudo com dados obtidos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que incluiu quase 345 mil indivíduos distribuídos em todas as regiões do país, mostrou que o perfil de uso dos serviços de saúde de indivíduos, das áreas urbana e rural, está relacionado ao nível de escolaridade e à percepção do estado de saúde dos mesmos. Assim, na área urbana, onde as pessoas têm melhor nível de escolaridade e melhor percepção de saúde, os usuários tendem a procurar mais os serviços, por demandas relacionadas à prevenção de agravos e promoção da saúde. Porém, na área rural, a pior percepção de saúde leva os usuários a procurarem os serviços, principalmente, quando apresentam sinais e sintomas sugestivos de determinadas doenças. Assim, acredita-se que a procura pelos serviços seja mais conveniente para o modelo de funcionamento das equipes rurais de Diamantina, baseado na oferta de consultas e atendimentos individuais programados, em detrimento da oferta de atividades coletivas e individuais para a prevenção de agravos e promoção da saúde. Da mesma forma, inferindo sobre as áreas urbanas, a ausência da oferta de ações de

prevenção e promoção, além da incapacidade das equipes de atender às demandas por ainda ter sua organização centrada no modelo de atenção biomédico, pode estar relacionada à pior avaliação dos seus serviços.

Outra reflexão importante sobre o contexto da diferença de avaliação entre as áreas urbanas e rurais, diz respeito ao que alguns estudiosos^{41,42} chamam de “paradoxo da satisfação”, em que usuários tendem a atribuir elevado grau de satisfação a serviços imersos a problemas estruturais, organizacionais e de acesso. Os mesmos estudos^{41,42} apontam que isso pode estar relacionado às características típicas da população pesquisada que, em virtude de variáveis socioeconômicas e nível educacional, influenciam na sua capacidade de crítica e postura mais ativa, diante da ação avaliativa. Outros estudos^{1,41} também apontam para possíveis vieses metodológicos, típicos de pesquisas quantitativas, em que as opções de expressão de satisfação, previamente definidas nos questionários, não são suficientes para expressar a real percepção dos sujeitos.

Por fim, a terceira variável relacionada ao baixo escore da APS diz respeito aos usuários que são afiliados a outros serviços e não à eSF. Na literatura, há vários estudos^{9,43,44} que apontam que usuários que não têm a eSF, como referência para o cuidado da criança, tendem a atribuir pior qualidade à APS. Os usuários não se afiliam aos serviços por uma série de motivos, dentre eles a dificuldade de acesso, a coexistência de outros modelos de organização²³ da APS e mesmo opção por outros serviços.

Conforme já apresentado nessa discussão, a dificuldade de acesso aos serviços é um importante obstáculo que pode levar os usuários a buscarem outras alternativas para o cuidado da criança. Os locais comumente procurados, sobretudo diante de problemas agudos, são os serviços de urgências, pronto atendimento e hospitais⁴⁵. Isso acontece, quando os usuários não reconhecem a eSF, como porta de entrada para o sistema de saúde, que é requisito básico para o acesso dos usuários. As principais razões para isso são a existência de barreiras geográficas, preferência dos pais por serviços de maior densidade tecnológica, falta de informação sobre a organização dos serviços de APS, ausência de vínculo com os serviços, falta de confiança nos profissionais da APS, e outros^{45,46}. Quando os usuários não têm a eSF, como referência para o cuidado das crianças, as principais consequências, além da superlotação dos serviços de urgência, acima referidos, são menor acesso às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde da criança, a não continuidade da assistência e a maior susceptibilidade de ocorrência e

recorrências dos problemas de saúde. É preciso que os serviços tenham uma postura ativa de procurar conhecer as razões dos usuários de procura por outros serviços. Da mesma forma, os usuários devem estar inteirados da funcionalidade e, também, participar da organização dos serviços de APS ⁴⁶.

A opção por outros serviços pode ser decorrente do melhor poder aquisitivo dos usuários que têm a oportunidade de adquirir planos de saúde privados que, nessa pesquisa, representam 15% da amostra. A opção por serviços privados faz com que estes usuários procurem as unidades de APS, apenas para serviços específicos, como o de imunização. A baixa utilização dos serviços compromete o conhecimento da realidade dos serviços e a criação de vínculo, conforme já discutido. Estudo realizado, em 2011, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ⁴⁷ confirma esses resultados e aponta que pessoas não usuárias dos serviços assistências prestados, pelo SUS, tendem a avaliar pior o sistema. O estudo sugere que a avaliação feita pelos usuários se dá em virtude da própria experiência, contudo para os que não são usuários, a percepção do serviço se dá por fontes variadas de informação, como a mídia, por exemplo. Outro resultado importante de se mencionar é que os usuários de planos privados relataram que os principais motivos de terem adquirido o plano foi rapidez de acesso a consultas e exames, além de poder escolher o profissional médico para ser atendido. Ou seja, mais uma vez, de forma indireta a má avaliação do serviço pode estar relacionada às dificuldades de acesso e a cultura do modelo biomédico, que ainda se encontra arraigada na população.

É importante que a interpretação dos resultados, desse estudo, seja feita com cautela, tendo em vista suas limitações como a validade de alguns dados colhidos por entrevistas, dependendo da memória e da boa vontade da informante. Entretanto, a rigidez metodológica adotada, com número amostral adequado, rigorosa estratificação e aleatorização dos entrevistados, além do uso de um instrumento validado e reconhecido internacionalmente, como o *PCATool*, apontam para sua solidez.

Conclusão

A limitação da oferta de assistência à saúde da criança de qualidade na APS é um importante obstáculo para a promoção da saúde infantil e da busca da superação das iniquidades no país. Os resultados apresentados neste estudo apontam que o fato dos usuários não receberem Bolsa Família, residirem em área urbana e não terem afiliação com a eSF, esteve associado às

piores avaliações dos atributos de APS, independentemente de outros fatores. As percepções dos usuários apontam para a possível influência de fatores locais, como a organização da oferta dos serviços nas áreas rurais, na qualidade dos resultados. Além disso, reportam, de forma indireta, para a dificuldade de acesso aos serviços da APS e para a cultura do modelo biomédico, que ainda se encontra arraigada na população e na condução das práticas dos profissionais, como principais limitadores da qualidade da assistência. No entanto, é importante ressaltar que em muito contribui para este contexto a fragilidade organizacional dos serviços.

A baixa qualidade da assistência oferecida à criança sugere que estas não estão recebendo ações de forma adequada para a proteção de sua saúde. A assistência frágil indica maior suscetibilidade a agravos, sobrecarga dos serviços, maiores gastos com medicações e internações. É necessário investir na melhor capacitação dos profissionais, para a melhor organização das ações de saúde e a superação do modelo biomédico que ainda reside no contexto da atenção primária. Há a necessidade de que os serviços de APS, para as comunidades rurais, sejam repensados, considerando suas particularidades e o contexto em que estão inseridas. Estudos com outros atores inseridos no contexto da APS, como gestores e profissionais são necessários para melhor delimitar as questões aqui levantadas. Assim, como estudos com outras metodologias, como a qualitativa, se tornam necessários para captar os significados das particularidades vivenciados pelos sujeitos, nos contextos aqui apresentados.

Referências Bibliográficas

1. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept?. *Social science & medicine*. 1994 Feb 1; 38(4): 509-16.
2. Esperidião M, Trad LA. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005 Dec; 10(supl): 303-12.
3. Uchimura KY, Bosi ML. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde *Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs*. *Cad. Saúde Pública*. 2002 Nov; 18(6): 1561-9.
4. Presotto RF, Silveira M, Delgado PG, Vasconcelos EM. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 Oct 1.

5. Pinheiro R, Silva Junior AG. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc. 2009:37-52.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.
7. Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón-Martínez P, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente em Atención Primaria. Revista de Calidad Asistencial. 2016 Oct 31; 31(5): 300-8.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly. 1966 Jul 1; 44(3): 166-206.
9. Harzheim E, Hauser L, Pinto LF, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & saúde coletiva. 2016; 21(5): 1399-1408.
10. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet. 2011 Jun 3; 377(9780): 1863-76.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool. Brasília (DF) Ministério da Saúde; 2010.
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Demografia populacional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>, (Acesso em: 6 Fev, 2017).
13. Diamantina, MG. Secretaria municipal de Saúde. Sistema de informação da atenção básica, 2014.
14. Diamantina, MG. Secretaria municipal de Saúde. Disponível em: <http://diamantina.mg.gov.br/noticias/categorias/secretarias/saude/>, (Acesso em: 7 Fev, 2017).
15. Kamakura W, Mazzon JA. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa- ABEP [Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil- ABEP. 2013. Disponível em: <http://www.abep.org/>

16. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*. 2001; 50(2): 161-75.
17. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Aug;22(8):1649-59.
18. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18: 44-8.
19. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfeld B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2011; 2(8): 6-14.
20. Hosmer, David W., e Stanley Lemeshow. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley, 2000.
21. Nagelkerke, N. "A note on a general definition of the coefficient of determination." *Biometrika*, 1991.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> , (Acesso em: 20 Ago, 2013).
23. da Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016 Jan; 69(1): 47-53.
24. Marques AS, Freitas DA, Alves Leão CD, Oliveira M, Ketllin S, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 Fev 1;19(2).
25. Mesquita Filho M, Luz BS, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Cien Saúde Colet*. 2014; 19(7).
26. Brasil. Lei nº 10.836 de janeiro de 2004. Institui o Programa Bolsa Família, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm.: (Acesso em: 26 Fev, 2017).

27. Rivera-Castiñeira B, Currais-Nunes L, Rungo P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Família de Brasil. *Revista española de salud pública*. 2009 Feb; 83(1): 85-97.
28. Soares FV, Ribas RP, Osório RG. Evaluating the impact of Brazil's Bolsa Família: Cash transfer programs in comparative perspective. *Latin American Research Review*. 2010;45(2): 173-90.
29. Senna MD, Brandão AA, Dalt SD. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. *Serv. soc.* 2016 Apr (125):148-66.
30. Rocha S. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. *Economia e sociedade*. 2011 Apr; 20(1): 113-39.
31. de Carvalho AT, de Almeida ER, Jaime PC. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família–Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*. 2014 Dec 1; 23(4): 1370-82.
32. Merhy, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L.C.O. (Org.) *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.
33. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
34. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS/OMS; 2006.
35. Wanderley MD. O mundo rural brasileiro: acesso a bens e serviços e integração campo-cidade. *Estudos Sociedade e Agricultura*. 2013 Dec 8;2.
36. Rodrigues JF. O rural e o urbano no Brasil: uma proposta de metodologia de classificação dos municípios. *Análise Social*. 2014 Jun(211):430-56.
37. Reis DS. O rural e urbano no Brasil. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 2006 Sep.

38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Demografia populacional. Extraído de: <http://cgp.cfa.org.br/ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-em-2016/>, (Acesso em: 27 Fev, 2017).
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.
40. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Revista de Economia e Sociologia Rural. 2005 Mar; 43(1): 29-44.
41. Serapioni M, da Silva MG. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2011 Nov 1;16(11).
42. de Castro Feitosa AN, de Oliveira CL, Duarte EB, de Oliveira AM. Avaliação em Saúde: Uma Revisão Integrativa. Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA. 2016 Jul 6;10(30):274-81.
43. Leão CD, Caldeira AP, Oliveira MM. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. bras. saúde matern. infant. 2011;323-34.
44. de Oliveira VB, Veríssimo MD. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015 Feb 1;49(1):30-6.
45. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MD. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde debate. 2003 Sep;27(65):278-89.
46. Kovacs MH, Feliciano KV, Sarinho SW, Veras AA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. J Pediatr. 2005 Mar;81(3):251-8.
47. Piola SF, Servo LMS, de As EP, Garcia LP, de Paiva AB, Barros MED. Percepção social sobre a saúde no Brasil. In: Schiavinatto F. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). IPEA, Brasília – DF, 2011, 79-104.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo chama a atenção para os desafios da organização dos serviços de APS e da oferta de assistência de qualidade para a saúde criança no nosso país. Depois de 23 anos de implantação da Estratégia de Saúde da Família, a APS ainda se encontra permeada por limitações decorrentes do modelo biomédico que ainda se encontra arraigado no modo de oferta da assistência e na cultura dos usuários, que ainda se reportam aos serviços de saúde apenas por medidas curativas. A ampliação da cobertura da ESF por si só não garante a melhoria da qualidade da APS, se não houver mudanças no modo de oferta e de organização dos seus serviços.

Os resultados mostraram que a atenção à saúde da criança em Diamantina ainda não está devidamente orientada pelos atributos da APS. As divergências encontradas entre as avaliações dos sujeitos apontam para a diferença de entendimento sobre a funcionalidade e o propósito da APS. A melhor avaliação pelos profissionais mostra que a percepção da assistência ofertada ainda diverge daquela percebida pelos usuários, o que evidencia um hiato entre as visões dos diferentes sujeitos. Embora a avaliação dos usuários também esteja relacionada ao não reconhecimento da proposta da ESF, cabe aos serviços iniciativas para promover essa mudança de percepção. As diferenças das avaliações entre as áreas urbana e rurais evidenciam o contraste entre essas populações. Embora ambas estejam imersas no mesmo cenário de desfavorecimento socioeconômico, diferenças culturais e de acesso aos serviços.

É importante ressaltar, que os resultados deste estudo vão ao encontro dos encontrados na literatura, seja por apontar o contexto da a qualidade limitada dos serviços da APS para a criança, seja por indicar o *PCATool* como o instrumento mais adequado para fazer esse tipo de avaliação dos serviços. Acrescenta-se que o mesmo se mostrou adequado ao contexto de Diamantina, embora com limitações, sobretudo para o contexto rural, em que a avaliação de certos itens são incondizentes com a realidade do município, como a disposição de telefone em algumas localidades rurais, dentre outras. Todavia, no que diz respeito a grande parte do instrumento, o mesmo se apresentou de fácil aplicação, bem aceito por profissionais e usuários, e sensível para identificar as potencialidades e problemas dos serviços.

O presente estudo possui limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus

dados, como o viés de memória sujeitos. Acrescenta-se ainda aquelas limitações próprias dos estudos transversais no que tange a generalização dos dados. Além disso, essa metodologia não permite analisar com profundidade os aspectos relacionados à satisfação dos usuários, demandando outras investigações. Apesar disso, os achados aqui apresentados possuem significativa relevância metodológica. É importante considerar que as possíveis limitações apontadas podem ter sido minimizadas pelo tamanho da amostra e a aleatoriedade na escolha dos usuários. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados com validade reconhecida internacionalmente e apontado na literatura como o mais adequado para se fazer a avaliação aqui proposta. Outro ponto importante é que o estudo conta com o ponto de vista diferentes atores envolvidos no contexto avaliado, o que permite incorporar um olhar mais atento aos aspectos em questão. Além disso, acrescenta-se que a avaliação da qualidade da assistência à criança foi feita, em sua maioria, pelas próprias mães que são apontadas como as que mais usam os serviços e as que melhor conhecem as necessidades de seus filhos.

A realização desse trabalho proporcionou significativos aprendizados. O primeiro diz respeito à maior aproximação da realidade da população de Diamantina, embora esteja há mais de seis anos inserido nos serviços como docente de cursos da área de saúde, com essa pesquisa pude identificar *in loco* as muitas barreiras sociais e diferenças culturais dessa população e que devem ser consideradas na oferta do cuidado e no ensino. O segundo diz respeito às potencialidades e limites da APS. Pude conhecer e conviver com profissionais extremamente envolvidos com a proposta da ESF e com suas comunidades, tendo que batalhar diariamente diante de condições de trabalho limítrofes e cenários de extrema necessidade dos usuários. Por outro lado, usuários também extremamente atenciosos e receptivos com a proposta da APS e a inserção da Universidade.

Acredita-se que os resultados aqui apresentados podem trazer importantes contribuições, seja para os serviços, para o meio acadêmico e para os usuários do serviço. Os pontos aqui ressaltados apontam para a necessidade de se repensar a assistência oferecida a criança, o que requer aprimoramento da capacidade de organização dos serviços da APS, com a melhor inserção dos usuários e da comunidade. Há a necessidade de se aprofundar nas questões culturais das comunidades, levando em consideração suas particularidades. O estudo também chama a atenção para a importância do investimento na qualificação contínua dos profissionais da APS e a necessidade de melhoria das condições de trabalho.

Por fim, a realização desse estudo aponta para a necessidade de inserção de novos atores no processo avaliativo da APS, como os gestores, agentes comunitários de saúde e líderes locais. O uso de diferentes abordagens metodológicas de forma a melhor abordar as discrepâncias encontradas entre as avaliações dos diferentes atores, além das limitações aqui apresentadas. Chama-se a atenção também para a carência de estudos que contemplem o contexto de inserção da APS em áreas rurais tendo em vista suas particularidades.

9- APENDICE

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Usuários

Titulo da pesquisa: *Avaliação da assistência prestada à saúde da criança nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.*

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “*Avaliação da assistência à saúde da criança prestada nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil*”. O objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade da assistência à saúde recebida pelas crianças nos serviços de atenção primária à saúde das comunidades rurais do município de Diamantina – MG.

O(A) senhor(a) foi escolhido(a) para participar desta pesquisa por a criança pela qual é responsável ser usuário (a) dos Postos de Saúde de Diamantina. A sua participação é muito importante e ela se dará pelo preenchimento de três questionários: dois sobre o seu perfil socioeconômico e outro, que avaliará a qualidade da assistência recebida pela criança. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 25 minutos.

Gostaríamos de esclarecer que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento da pesquisa, o (a) Sr(a) poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua pessoa ou sua criança. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Sua participação contribuirá para a produção do conhecimento para melhorar organização os serviços de saúde em que é usuário (a). Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Você poderá responder apenas as perguntas que desejar. Será garantido total anonimato em relação às informações fornecidas pelo (a) Sr (a) e em nenhuma hipótese os sujeitos serão identificados. Também será respeitado o seu direito de não participar da pesquisa.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/ informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

O(A) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento. Você ainda poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005, telefone (31)3409-4592. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a)..

CONSENTIMENTO: Eu, _____, responsável por _____, declaro que entendi os objetivos, a forma

de minha participação, riscos e benefícios da mesma. Estou ciente de que todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. Assim, aceito o convite para participar desta pesquisa e autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, desde que garantidos o anonimato e o sigilo referentes à minha participação.

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Espaço reservado para digital, caso necessário.

Pesquisadores:

Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves
Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG), Unidade Administrativa II
(prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005,
telefone (31)3409-4592

Professor George Sobrinho Silva
Campus JK - Diamantina/ MG.
Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Alto da Jacuba CEP 39100-000
Telefone:+55 (38) 3532-1200 e (38)
3532-6000

Diamantina MG, ___ de _____ de 201_.

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais

Titulo da pesquisa: *Avaliação da assistência prestada à saúde da criança nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.*

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da assistência à saúde da criança prestada nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil”. O objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade da assistência à saúde recebida pelas crianças nos serviços de atenção primária à saúde das comunidades rurais do município de Diamantina – MG.

O (A) senhor (a) foi escolhido (a) para participar por ser profissional de uma das equipes de atenção primária à saúde do município. A sua participação é muito importante e se dará pelo preenchimento de dois questionários: o *PCATool* - Brasil versão profissional, e outro abordando seu perfil profissional. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 25 minutos.

Gostaríamos de esclarecer que a sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Sua participação poderá contribuir para a produção de conhecimento sobre o contexto organizacional dos serviços de saúde em que está inserido. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Poderá ocorrer desconforto ou constrangimento em algumas perguntas durante a aplicação do questionário, mas você poderá responder apenas as perguntas que desejarem. Outro risco oferecido pela pesquisa é o de exposição das informações cedidas. Para amenizar e evitar o risco será garantido total anonimato em relação às informações e em nenhuma hipótese os sujeitos serão identificados. Também será respeitado o seu direito não participar da pesquisa e ou de não responder qualquer questão.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/ informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as

partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

O (A) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento. Você ainda poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2o andar, sala 2005, telefone (31)3409-4592. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a)..

CONSENTIMENTO: Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma, estou ciente de que todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. Assim, aceito o convite para participar desta pesquisa e autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Pesquisadores:

Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves
Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG), Unidade Administrativa II
(prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005,
telefone (31)3409-4592

Professor George Sobrinho Silva
Campus JK - Diamantina/ MG.
Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Alto da Jacuba CEP 39100-000
Telefone:+55 (38) 3532-1200 e (38)
3532-6000

Diamantina MG, ___ de _____ de 201_.

APÊNDICE III

PERFIL ENTREVISTADOS

Título da pesquisa: Avaliação da assistência à saúde da criança prestada nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

PERFIL DA CRIANÇA

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____

Nome do entrevistado: _____ Grau de parentesco: _____

UBS: _____ Entrevistador: _____

Data da entrevista: _____ Início: _____ Término: _____

1- Sexo da criança: (1) masculino (2) feminino
2- Idade da mãe: _____ anos
3- Idade do pai: _____ anos
4- Até que série da escola a mãe frequentou com aprovação? _____ Série do ensino _____
5- Profissão da mãe:
6- Profissão do pai:
7- Número de Filhos: _____ filhos.
8- Você recebe bolsa família? (1) sim (2) não (99) não sabe informar
9- A família recebe algum outro benefício que ajude na renda mensal? (1) sim (2) não (99) não sabe informar. Se sim, qual?
10- Renda familiar mensal incluindo a bolsa família e outras possíveis fontes: R\$
11- Quantas pessoas vivem na casa com esta renda? _____ pessoas
12- A criança apresenta atualmente algum problema de saúde? (1) sim qual? _____ (2) não (99) não sabe informar
13- A criança faz uso diário ou contínuo de algum medicamento? (1) Sim. Qual? _____ (2) não (99) não sabe informar
14- Quem é o principal responsável pelos cuidados da criança? (1) mãe (2) pai (4) avós (8) irmãos (16) babá/empregada (32) Creche (64) Outros _____ (99) não sabe informar
15- Tem plano de saúde particular? (1) Sim (2) Não (99). Não sabe informar
16- Quantas vezes a criança utilizou o serviço de saúde local nos últimos 06 meses?
17- Qual o principal motivo de procura ao serviço local de saúde?
18- Histórico de doenças da criança (1) Sem histórico de doenças (2) Carência nutricional (4) Doença respiratória (8) Parasitose (16). Diarreia (32) Outra _____ (99) Não sabe informar
19- Estado vacinal da criança atual (1) Em dia (2) Atrasado
20- Tem histórico de hospitalização? (1) Não (2) Sim. Se sim, qual (is) motivo _____ (99) não sabe informar.

PERFIL PROFISSIONAIS

Nome da profissional: _____

Data de nascimento: _____ UBS: _____

Entrevistador: _____ TIPO UBS: () Urbano () Rural () Mista

Data da entrevista: _____ Início: _____ Término: _____

1- Formação: (1) Médico (2) Enfermeiro
2- Sexo: (1) masculino (2) feminino
3- Ano de formação: _____
4- Universidade de Formação
5- Possui pós-graduação (1) sim (2) não (3) em andamento. Se sim, qual (is)?
6- Possui capacitação específica para a assistência a saúde da criança na atenção primaria (1) sim (2) não (3) em andamento. Se sim, qual (is) ? Carga horária _____ Quando?
7- Tempo de trabalho nesta UBS:
8- Tempo de trabalho na APS do município:
9- Carga horária atual de trabalho semanal na UBS:
10- Tipo de vínculo trabalhista: (1) CLT (2) Estatutário (3) Outro. Qual?
11- Reside na área de abrangência da UBS onde trabalha
12- A área de abrangência de sua UBS possui alguma situação de risco para a saúde das crianças? (1) Sim. (2) não Qual?
13- A sua unidade de saúde desenvolve algum programa ou plano de ação especial para a assistência a saúde da criança? (1) Sim (2) não. Se sim, qual?
14- Assinale as atividades relacionadas a saúde da criança que você participa em sua UBS? (1) Puericultura (2) Consulta Clínica (4) Visita domiciliar para a criança (8) grupo de educação em saúde para a criança ou responsável (16) Acolhimento (32) Outro tipo de atendimento à criança. Qual (64) Não realizo atividades envolvendo crianças.

ANEXO I

PCATool – Brasil versão criança

Título da pesquisa: Avaliação da assistência às crianças prestada nos serviços de atenção primária à saúde das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Identificação: _____ Data da entrevista: _____
 No de protocolo da pesquisa: _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

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

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

– Se 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 na respostas A3 (Preencha o item A5).

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5 - _____

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

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

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 lembra
B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ("consulta de rotina"), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

D - LONGITUDINALIDADE

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

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

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

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

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

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

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

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

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

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

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

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

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

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

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

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

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					
J3 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4 - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO II

PCATool Brasil – Versão profissionais

Título da pesquisa: Avaliação da assistência prestada às crianças nos serviços de atenção primária à saúde das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Identificação: _____ Data da entrevista: _____

No de protocolo da pesquisa: _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
B - LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO III

Questionário de Classificação Socioeconômica – Usuários

Título da pesquisa: Avaliação da assistência à saúde da criança prestada nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.

Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;

Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2^a.

porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

ANEXO IV



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA

SECRETARIA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Título da pesquisa: Avaliação da assistência à saúde da criança prestada nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Exmo. Sr. (a) Liliana Antunes Ayub, Secretária Municipal de Saúde do Município de Diamantina - MG. Venho por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada "*Avaliação da assistência à saúde da criança prestada nos serviços de atenção primária das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.*", de responsabilidade da professora Dra Cláudia Regina Lindgren Alves do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O estudo tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência à saúde recebida pelas crianças nos serviços de atenção primária à saúde das comunidades rurais do município de Diamantina - MG por meio da participação de profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária deste município. Além de usuários, pais e ou responsáveis de crianças de 0 a 4 anos de idade que são usuárias destes serviços. A participação dos mesmos se dará por meio de questionários que tratam do perfil profissional, socioeconômico e o instrumento de avaliação dos serviços, PCATool Brasil, instrumento este recomendado pelo Ministério da Saúde.

Esclareço esta pesquisa respeitada a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde que rege sobre pesquisas em seres humanos, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Autorização

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/ 2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar.

Diamantina, Minas Gerais.


Data: 02/09/14.

Secretaria Municipal de Saúde – Rua da Glória 394 – Diamantina – MG Cep.: 39100-000
Fone: (38) 3531 – 9460 – e-mail: smsdiamantina@jknet.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA

SECRETARIA DE SAÚDE

Nome: Liliana Antunes AyubAssinatura: Cargo: Secretaria Municipal de Saúde
Gestora do SUS-Diamantina-MGInstituição: SM Saúde - DiamantinaDocumento: M. 4313 820

Pesquisadores: Dra Cláudia Regina Lindgren Alves / George Sobrinho Silva

ANEXO V

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da assistência prestada às crianças nos serviços de atenção primária à saúde das comunidades rurais do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Pesquisador: CLAUDIA REGINA LINDGREN ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36519614.0.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 843.312

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

A saúde infantil se tornou relevante na agenda do governo brasileiro a partir da década de 1980, quando a busca pela melhoria da qualidade de vida e da redução das taxas de mortalidade infantil foram inseridas dentre os objetivos centrais de desenvolvimento do país. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta de 2008 veio reafirmar o direito destas pessoas aos serviços de saúde propostos no âmbito do

SUS, apontando a necessidade de ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas áreas rurais. A APS é a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e é capaz de resolver até 85% de suas demandas pelo uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas. A ESF foi inserida como proposta para reorganizar a APS por meio da assistência baseada na vigilância feita por equipes multiprofissionais. A pesquisa irá envolver pais/responsáveis por crianças de 0 a 4 anos de idade e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde no município de Diamantina – MG. As seguintes perguntas serão avaliadas: A qualidade da assistência prestada à saúde da criança nas comunidades rurais de Diamantina está aquém da necessária; A baixa qualidade da assistência prestada às crianças nas comunidades rurais de Diamantina está relacionada à organização dos serviços da APS e a aspectos demográficos, sociais, econômicos e geográficos; A qualidade da assistência à saúde da

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 843.312

criança nas comunidades rurais é inferior à qualidade da assistência nas áreas urbanas; O grau de presença e extensão dos princípios de acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção nas comunidades rurais apresentam escores de qualidade comprometidos; O grau de comprometimento dos serviços com os atributos da APS para a assistência a saúde da criança está aquém do necessário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência prestada à saúde da criança nos serviços de Atenção Primária a Saúde das comunidades rurais do Município de Diamantina – MG.

Objetivo Secundário:

- (1) Analisar o grau de presença e extensão dos princípios da APS na atenção à saúde da criança, conforme avaliado pelo PCATool;
- (2) Analisar o grau de comprometimento dos serviços com os atributos da APS para a assistência a saúde da criança, conforme avaliado pelo PCATool;
- (3) Analisar a relação de fatores demográficos, sociais, econômicos, geográficos e de organização dos serviços com os resultados da avaliação da APS obtidos com o PCATool;
- (4) Comparar o desempenho dos serviços da área rural e urbana nos aspectos citados anteriormente;
- (5) Conhecer a percepção de usuários e profissionais de saúde sobre a atenção à saúde da criança que vem sendo prestada pelo município nas comunidades rurais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com o projeto, os riscos associados ao estudo são mínimos. Poderá ocorrer desconforto ou constrangimento em algumas perguntas durante a aplicação dos questionários, mas os participantes serão orientados a responder apenas as perguntas que desejarem. Outro risco oferecido pela pesquisa é o de exposição das informações cedidas pelos entrevistados. Para amenizar e evitar este risco será garantido total anonimato em relação às informações e em nenhuma hipótese os sujeitos serão identificados. Também será respeitado o direito do entrevistado de não participar da pesquisa e/ou de não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**

Continuação do Parecer: 843.312

responder qualquer questão. A coleta de dados será realizada em local que ofereça privacidade a cada entrevistado, tanto nos domicílios dos usuários quanto nas respectivas unidades de saúde dos profissionais. Os sujeitos não terão nenhum gasto com a pesquisa.

Benefícios:

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhor compreensão das necessidades em saúde da população estudada e para a qualificação da APS no município de Diamantina. Para os participantes a pesquisa permitirá que suas opiniões e impressões sejam ouvidas, valorizando suas vivências no campo da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa irá avaliar a assistência prestada à saúde da criança nos serviços de APS nas comunidades rurais do município de Diamantina – MG. O estudo irá avaliar a assistência prestada a saúde das crianças de 0 a 4 anos de idade e profissionais de saúde da APS. A amostra será composta por 451 crianças na área urbana e 265 na área rural, totalizando 716 crianças escolhidas por meio de sorteio aleatório simples com base nos cadastros dos domicílios das equipes de saúde. Quanto aos profissionais, serão 11 médicos e 14 enfermeiros da APS. O instrumento de coleta de dados será o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), versões para criança e para profissionais. A análise será feita com base no cálculo dos escores de qualidade da APS proposto pelo PCATool, comparando-se os resultados das zonas rurais e urbanas. Será verificada a associação entre estes escores e as variáveis sociodemográficas e econômicas, medidas pelo Instrumento de Avaliação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e pelo questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores para este fim. Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar a gestão da APS, além de contribuir para o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde da criança, sobretudo nas comunidades rurais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos: Projeto de Pesquisa no Formulário da Plataforma Brasil; Projeto de Pesquisa Completo, Folha de Rosto Assinada pelo Diretor da Faculdade de Medicina, Parecer Consubstanciado Aprovado pela Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, Instrumentos de Coleta de Dados (Questionários para Coleta dos Entrevistados e PCATool-Brasil versões crianças e usuários,) TCLE para os Profissionais de Saúde, TCLE para os Usuários.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 843.312

TCLE: em forma de convite, redigido em linguagem acessível e adequada para os dois grupos (usuários e profissionais de saúde), explicita os objetivos e procedimentos, esclarece os possíveis riscos, garante que a participação é confidencial e sigilosa, esclarece o direito a recusa e que a assinatura do TCLE deve ser em duas vias e que uma das vias é do participante.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta objetivos claros, os riscos são mínimos e os aspectos éticos foram considerados. Somos, SMJ, pela aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 23 de Outubro de 2014

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br