

ISABELLA DUARTE BRANQUINHO

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE
DA CRIANÇA: VISÃO DO USUÁRIO CUIDADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão e Avaliação em Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Moura Lanza

**Divinópolis
2020**

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

Assinatura: Isabella Duarte Branquinho Data: 29/05/2020

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B821a Branquinho, Isabella Duarte.
Avaliação dos atributos da atenção primária na
saúde da criança : visão do usuário cuidador /
Isabella Duarte Branquinho ; orientadora Fernanda
Moura Lanza. -- Divinópolis, 2020.
76 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del
Rei, 2020.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da
família. 3. Avaliação em saúde. 4. Qualidade da
assistência à saúde. 5. Saúde da criança.. I. Lanza,
Fernanda Moura, orient. II. Título.



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº 10.425, DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

DISCENTE: Isabella Duarte Branquinho

NÍVEL: Mestrado

DATA DA DEFESA: 30/04/2020

HORÁRIO DE INÍCIO: 14 horas

LOCAL: Videoconferência

MEMBROS DA BANCA		FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
NOME COMPLETO	CPF			
Fernanda Moura Lanza	052.451.146-23	Presidente	Doutora	UFSJ
Selma Maria da Fonseca Viegas	510.671.966-68	Titular	Doutora	UFSJ
Simone Albino da Silva	038.244.376-43	Titular	Doutora	UNIFAL
Elaine Cristina Rodrigues Gesteira	246.145.958-47	Suplente	Doutora	UFSJ
Mônica Maria Celestina de Oliveira	958.051.095-45	Suplente	Doutora	UFCSPA

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA CRIANÇA: VISÃO DO USUÁRIO CUIDADOR

Em sessão pública, após apresentação da dissertação durante 48 minutos, a mestranda foi arguida oralmente pelos membros da banca durante o período de 100 minutos, tendo a banca chegado ao seguinte resultado:

Aprovação por unanimidade.

Aprovação somente após satisfazer as exigências que constam na folha de modificações, no prazo fixado pela banca (não superior a quarenta e cinco dias).

Reprovação.

Para constar, foi lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da banca examinadora e pelo mestrando.

Divinópolis, 30 de abril de 2020.

Dr^a. Fernanda Moura Lanza: _____

Dr^a. Selma Maria da Fonseca Viegas: _____

Dr^a. Simone Albino da Silva: 

Dr^a. Elaine Cristina Rodrigues Gesteira: _____

Isabella Duarte Branquinho: _____

Obs.: A aluna deverá encaminhar à coordenação do curso, no prazo máximo de 30 dias, os exemplares definitivos da dissertação.

“O lugar onde as crianças nascem e os homens morrem, onde a liberdade e o amor florescem, não é um escritório, uma loja, ou uma fábrica. É aí que vejo a importância da família”

(Gilbert Keith Chesterton)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Neiva e José, E ao meu esposo, Guilherme, pelo apoio, incentivo e lições sobre determinação, fé e o valor do conhecimento.

Dedico também ao Davi, e a todas as crianças, que são minha inspiração, grandes mestres.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me confiar tão grandes desafios, a fim de me ensinar valiosas lições e por sempre me socorrer em todas as necessidades como pai firme, amoroso e cheio de misericórdia.

Aos meus pais José e Neiva e ao meu esposo Guilherme, pelo incentivo e confiança.

A Vovó Maria, pelas orações.

Aos meus irmãos, Lucas e Leandro, pela parceria.

A Prof.^a Dr.^a Fernanda Moura Lanza, pela paciência e generosidade em me guiar neste caminho tão desafiador da pesquisa e, também, pela sensibilidade e compreensão que ultrapassaram os limites da vida acadêmica, as quais permitem-nos que alcançássemos a linha de chegada.

As Professoras Dr.^a Selma Maria da Fonseca Viegas, Dr.^a Elaine Cristina Rodrigues Gesteira e Dr.^a Simone Albino da Silva por terem contribuído generosamente com a construção deste trabalho através de valiosas pontuações na fase de qualificação.

A Universidade Federal de São João Del-Rei, e a todos seus colaboradores, pela receptividade e cuidado.

A todos os professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem que generosamente e competentemente contribuíram para minha formação.

De modo particular ao Professor Dr. Daniel Nogueira Cortez e novamente, a Professora Dr.^a Selma Maria da Fonseca Viegas que me acolheram no estágio docente e tão gentilmente compartilharam suas experiências.

Aos Allan de Moraes Bessa, Cláudia Martins da Costa, Fernanda Brandão Alves dos Santos, Fernanda Faria Serra Maciel, Fernanda Oliveira de Assis, Higor Mateus Josino, Irislaine Duarte Lopes Aquino, Isabela Garcia, Júlia Ferreira Silva, Letícia de Souza Teixeira, Luis Henrique dos Santos Araújo, Rafaela Cristina Moreira, Sabrina Mara de Moraes, Sarah Gabriel, Serena, Figueiredo Dias Amorim, Stephanie Botelho Figueiredo, Vanessa Aparecida Júlio, Victória Corrêa Nunes e Yule Karen de Carvalho Batista pela colaboração na fase de coleta de dados, que colaboraram com a coleta e digitação dos dados destas pesquisas e sem os quais ela não seria possível.

A gestão do município de Divinópolis pela abertura e todo apoio para a realização desta pesquisa.

A todos os profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Divinópolis que tão gentilmente nos acolheram, auxiliaram e apoiaram.

Aos participantes da pesquisa que contribuíram com seu tempo e informações tão valiosas para a construção deste trabalho.

A Josiane que pela sua delicadeza e pronta colaboração com este trabalho.

A todos os colegas dos Programas de Mestrado e Doutorado da UFSJ que dividiram comigo a sala de aula, as experiências, os conhecimentos e a força.

A todos que colaboraram com este trabalho, que me apoiaram e em mim depositaram confiança... De perto ou de longe. De forma direta ou indireta. Explícita ou anonimamente.

O meu muito obrigada!

ISABELLA, D B. Avaliação dos atributos da atenção primária na saúde da criança: visão do usuário cuidador. [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2020.

RESUMO

Introdução: a saúde da criança, historicamente, é tema prioritário nas políticas de saúde brasileiras, o que resultou em consideráveis avanços nos indicadores de saúde para esta área. Ainda assim persistem desafios nesta área, que levaram à criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em 2015. Esta Política tem como pressuposto básico a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora da rede de atenção à saúde materna, neonatal e infantil. Muitas evidências mostram que a APS exerce forte impacto sobre os indicadores de saúde da criança. No entanto, para que a PNAISC tenha efetividade é necessário que esteja ordenada conforme os atributos da APS. **Objetivo:** avaliar a presença e a extensão dos atributos ordenadores da Atenção Primária na assistência à saúde da criança segundo a experiência dos cuidadores de usuários na faixa etária de 0 a 2 anos no âmbito da Saúde da Família. **Método:** realizou-se um estudo avaliativo, com delineamento transversal, em 29 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) situadas na zona urbana de um município de médio porte do interior de Minas Gerais. Foram convidadas a participarem do estudo todas as pessoas, acima de 18 anos, cuidadoras principais de crianças até 23 meses e 29 dias de idade, definidas por aquelas que prestam cuidados a criança continuamente. Foram abordadas as pessoas que compareceram na unidade de saúde para atendimento, agendado ou outra demanda, nos dias e horários em que a equipe de pesquisadores estava presente na respectiva unidade; que apresentassem condições mínimas de compreensão para responderem os questionários e que já estiveram com a criança para atendimento na unidade da ESF ao menos uma vez. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a dezembro de 2019 por meio da aplicação do Primary Care Assesment Tool – PCATool-Brasil- Versão Criança e um questionário complementar para caracterizar os aspectos sociodemográficos dos cuidadores e das crianças de 0 a 2 anos, além de informações clínicas referentes à criança. O tratamento e análise descritiva dos dados foi realizada no software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 23. Este estudo seguiu as recomendações éticas do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos sob o Parecer 3.090.646. **Resultados:** participaram do estudo 389 pessoas responsáveis pelo cuidado de crianças de 0 a 2 anos de idade, das quais 339 (79,1%) apresentaram afiliação com o serviço de APS. Sobre os participantes com afiliação com a equipe da ESF (n=339), 54% referiam grau de afiliação 4 (alto grau de afiliação); 87,3% eram mães das crianças; 49% possuíam entre nove e 11 anos de estudo e 73,2% referiram o enfermeiro da equipe como profissional ao qual estavam vinculados. Entre as crianças participantes, 97% estavam cadastradas na unidade em que foi realizada a entrevista. Os resultados do desempenho das equipes da ESF na atenção à saúde da criança referem-se apenas aos participantes que tiveram afiliação com o serviço de APS. Segundo a experiência dos participantes do estudo, os escores geral (escore=7,0) e essencial (escore=7,2) demonstraram alta orientação para a APS (escore obtido foi acima ou igual a 6,6), assim como os atributos acesso de primeiro contato-utilização (escore=7,7); longitudinalidade (escore=6,7); coordenação-integração dos cuidados (escore=6,8); coordenação – sistemas de informação (escore=8,1); integralidade-serviços prestados (escore=7,8) e orientação familiar (escore=6,9). Os atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade (escore=6,2), integralidade-serviços disponíveis (escore=5,9) e orientação comunitária (escore=5,8) apresentaram baixo desempenho. **Conclusões:** a atenção à saúde da criança no âmbito da ESF, no município estudado, está altamente orientada para a APS, uma vez que o escore geral e essencial apresentaram escore $\geq 6,6$. No entanto, a

fragilidade encontrada no escore derivado aponta a necessidade de investimentos para qualificar a atenção às crianças, famílias e comunidades, característica capilar da ESF. O estudo apontou forte recomendação para a formação de Enfermeiros, com competências e atitudes para promover o cuidado direcionado às necessidades de saúde da população, com especial atenção à primeira infância, que seja capaz de contribuir com a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde, diretrizes da APS e fortalecimento da ESF. Por fim, novos estudos que avaliem o desempenho da APS em outros contextos, como em usuários das equipes da zona rural e de unidades tradicionais, e ainda, sob a visão dos profissionais de saúde e gestores.

PALAVRAS CHAVE: Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Avaliação em saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde; Saúde da criança.

ISABELLA, D B. Evaluation of the attributes of primary care in children's health: view of the caregiver user. [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2020.

ABSTRACT

Introduction: the child's health, historically, is a priority theme in Brazilian health policies, which resulted in considerable advances in health indicators for this area. Nevertheless, challenges persist in this area, which led to the creation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) in 2015. This policy has as its basic premise the Primary Health Care (PHC) as coordinator of the maternal, neonatal and infant health care network. Many evidences show that PHC has a strong impact on child health indicators. However, for PNAISC to be effective, it must be ordered according to the attributes of PHC. **Method:** an evaluative study was conducted, with a cross-sectional design, in 29 teams of the Family Health Strategy (FHS) located in the urban area of a medium-sized municipality in the interior of Minas Gerais. All persons over the age of 18, primary caregivers of children under the age of 23 months and 29 days, defined by those who continuously care for the child, were invited to participate in the study. We approached the people who attended the health unit for care, scheduled or other demand, on the days and times when the team of researchers was present in the respective unit; who had minimum understanding conditions to answer the questionnaires and who had already been with the child for care at the FHS unit at least once. Data collection took place in the months of April to December 2019 through the application of the Primary Care Assessment Tool - Pcatool-Brasil- Child Version and a complementary questionnaire to characterize the sociodemographic aspects of caregivers and children aged 0 to 2 years, in addition to clinical information concerning the child. The treatment and descriptive analysis of the data was performed in the software Statistical Package for the Social Sciences version 23. This study followed the ethical recommendations of the National Health Council and was approved by the Ethics Committee on Research Involving Human Beings under Opinion 3,090,646. **Results:** 389 people responsible for the care of children aged 0 to 2 years participated in the study, of whom 339 (79.1%) had affiliation with the PHC service. Regarding the participants with affiliation with the FHS team (n=339), 54% reported a degree of affiliation 4 (high degree of affiliation); 87.3% were mothers of children; 49% had between nine and 11 years of study and 73.2% reported the team nurse as a professional to whom they were linked. Among the participating children, 97% were registered in the unit where the interview was conducted. The results of the performance of FHS teams in child health care refer only to participants who had affiliation with the PHC service. According to the experience of the study participants, the general (score=7.0) and essential (score=7.2) scores showed high orientation for PHC (score obtained was above or equal to 6.6), as well as the first contact-use access attributes (score=7.7); longitudinality (score=6.7); coordination-integration of care (score=6.8); coordination - information systems (score=8.1); integrality-services provided (score=7.8) and family orientation (score=6.9). The attributes access first contact - accessibility (score=6.2), integrality-available services (score=5.9) and community orientation (score=5.8) showed low performance. **Conclusions:** child health care within the FHS, in the municipality studied, is highly oriented to PHC, since the general and essential score presented a score of 6.6. However, the frailty found in the derived score points to the need for investments to qualify care for children, families and communities, a capillary characteristic of the FHS. The study pointed out a strong recommendation for the training of nurses, with skills and attitudes to promote care directed to the health needs of the population, with special attention to early childhood, that is able to contribute to the implementation of the principles

of the Unified Health System, PHC guidelines and strengthening of the FHS. Finally, new studies that evaluate the performance of PHC in other contexts, such as users of rural teams and traditional units, and also, under the vision of health professionals and managers.

KEYWORDS: Primary health care; Family health strategy; Health evaluation; Health services research; Quality of health care; Child health.

ISABELLA, D B. Evaluación de los atributos de la atención primaria en la salud del niño: visión del usuario cuidador. [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2020.

RESUMEN

Introducción: la salud del niño, históricamente, es un tema prioritario en las políticas de salud brasileñas, lo que resultó en avances considerables en los indicadores de salud para esta área. Aún así persisten desafíos en esta área, que llevaron a la creación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Niño (PNAISC), en 2015. Esta Política tiene como presupuesto básico la Atención Primaria de Salud (APS) como coordinadora de la red de atención a la salud materna, neonatal e infantil. Muchas evidencias muestran que la APS tiene un fuerte impacto en los indicadores de salud del niño. Sin embargo, para que la PNAISC tenga efectividad es necesario que esté ordenada conforme a los atributos de la APS. **Método:** se realizó un estudio evaluativo, con delineamiento transversal, en 29 equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) situadas en la zona urbana de un municipio de mediano porte del interior de Minas Gerais. Se invitó a participar en el estudio a todas las personas mayores de 18 años, cuidadoras principales de niños hasta 23 meses y 29 días de edad, definidas por aquellas que prestan atención continua al niño. Fueron abordadas las personas que asistieron en la unidad de salud para atención, agendado u otra demanda, en los días y horarios en que el equipo de investigadores estaba presente en la respectiva unidad; que presenten condiciones mínimas de comprensión para responder a los cuestionarios y que ya hayan estado con el niño para ser atendido en la unidad de la ESF al menos una vez. La recolección de datos tuvo lugar en los meses de abril a diciembre de 2019 por medio de la aplicación del Primary Care Assesment Tool - Pcatool-Brasil- Versión Niño y un cuestionario complementario para caracterizar los aspectos sociodemográficos de los cuidadores y de los niños de 0 a 2 años, además de información clínica sobre el niño. El tratamiento y análisis descriptivo de los datos se realizó en el software Statistical Package for the Social Sciences versión 23. Este estudio siguió las recomendaciones éticas del Consejo Nacional de Salud, fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación Envolviendo Seres Humanos bajo el Dictamen 3.090.646. **Resultados:** participaron del estudio 389 personas responsables del cuidado de niños de 0 a 2 años de edad, de las cuales 339 (79,1%) presentaron afiliación con el servicio de APS. Sobre los participantes con afiliación con el equipo de ESF(n=339), 54% referían grado de afiliación 4 (alto grado de afiliación); 87,3% eran madres de los niños; 49% poseían entre nueve y 11 años de estudio y 73,2% refirieron al enfermero del equipo como profesional al cual estaban vinculados. Entre los niños participantes, el 97% estaban registrados en la unidad en la que se realizó la entrevista. Los resultados del desempeño de los equipos de ESF en la atención a la salud del niño se refieren sólo a los participantes que tuvieron afiliación con el servicio de APS. Según la experiencia de los participantes del estudio, los escores general (escore=7,0) y esencial (escore=7,2) demostraron alta orientación para la APS (escore obtenido fue superior o igual a 6,6), así como los atributos acceso de primer contacto-utilización (escore=7,7); longitud (escore=6,7); coordinación-integración de los cuidados (escore=6,8); coordinación - sistemas de información (escore=8,1); integralidad-servicios prestados (escore=7,8) y orientación familiar (escore=6,9). Los atributos acceso de primer contacto - accesibilidad (escore=6,2), integralidad-servicios disponibles (escore=5,9) y orientación comunitaria (escore=5,8) presentaron bajo desempeño. **Conclusiones:** la atención a la salud del niño en el ámbito de la ESF, en el municipio estudiado, está altamente orientada hacia la APS, una vez que el escore general y esencial presentaron escore 6,6. Sin embargo, la fragilidad encontrada en el ámbito derivado apunta a la necesidad de inversiones para calificar

la atención a los niños, familias y comunidades, característica capilar de la ESF. El estudio señaló fuerte recomendación para la formación de Enfermeras, con competencias y actitudes para promover el cuidado dirigido a las necesidades de salud de la población, con especial atención a la primera infancia, que sea capaz de contribuir con la implementación de los principios del Sistema Único de Salud, directrices de la APS y fortalecimiento de la ESF. Finalmente, nuevos estudios que evalúen el desempeño de APS en otros contextos, como en usuarios de los equipos de la zona rural y de unidades tradicionales, y también, bajo la visión de los profesionales de salud y gestores.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria de salud; Estrategia salud de la familia; Evaluación en salud; Investigación sobre servicios de salud; Calidad de la atención a la salud; Salud del niño.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos participantes (cuidador das crianças) de zero a dois anos de idade estratificada pela afiliação ao serviço de saúde, Divinópolis – MG, Brasil, 2019	42
Tabela 2 -	Caracterização das crianças participantes do estudo estratificada pela afiliação ao serviço de saúde, Divinópolis – MG, Brasil, 2019.	43
Tabela 3 -	Descrição dos escores geral, essencial e derivado e por atributos de orientação da APS na saúde da criança, segundo a experiência de usuários cuidadores de crianças de 0 a 2 anos de idade. Divinópolis – MG, Brasil, 2019.	44
Tabela 4 -	Descrição dos itens de cada atributo que apresentaram baixa orientação para a APS (escore <6,6), segundo a experiência de usuários cuidadores de crianças de 0 a 2 anos de idade. Divinópolis - MG, Brasil, 2019.	45

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CEPES	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIRO	<i>Fundamental Interpersonal Relations Orientations</i>
PCATool	Primary Care Assesment Tool
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo geral.....	21
2.2	Objetivos específicos.....	21
3	REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1	EIXOS ESTRUTURANTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA CRIANÇA	22
4	MÉTODO.....	29
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Cenário do estudo.....	29
4.3	População e amostra.....	30
4.4	Coleta de dados	30
4.5	Procedimento para coleta de dados	32
4.6	Procedimento para análise dos dados.....	32
4.7	Aspectos éticos.....	34
5	RESULTADOS	36
5.1	ATRIBUTOS ORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMO AVALIAM OS CUIDADORES DE CRIANÇAS?	37
6	CONCLUSÕES	56
7	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	65
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	71
	ANEXO A - Carta de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde ...	73
	ANEXO B - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	74

INTRODUÇÃO

A saúde da criança é destaque, ao longo da história das políticas públicas de saúde brasileiras, haja vista seu reconhecido impacto sobre o contexto social e as condições de desenvolvimento do país, o que gerou diversos investimentos em políticas de saúde voltadas a infância (BRANQUINHO; LANZA, 2018). Tais políticas, sobretudo aquelas desenvolvidas após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTRO et al., 2019), resultaram em um progressivo e considerável avanço de indicadores como a redução da mortalidade infantil e desnutrição; aumento da cobertura vacinal (VICTORA et al., 2011; BRANQUINHO; LANZA, 2017; CASTRO et al., 2019); redução dos óbitos por diarreias e infecções respiratórias; aumento do tempo médio de amamentação e da prevalência do aleitamento materno exclusivo (VICTORA et al., 2011).

No entanto, ainda prevalecem diversos desafios neste campo, os quais estão relacionados a antigos entraves que não foram alcançados de modo suficiente pelas políticas ou por um distanciamento entre estas e as ações implementadas e, ainda, a novos problemas resultantes das condições de vida e saúde da população atual. Entretanto, boa parte destes desafios estão de algum modo relacionados à qualidade da assistência à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRANQUINHO; LANZA, 2018; MAGALHÃES et al., 2018).

Tais desafios estão expressos pela persistência de disparidades regionais, socioeconômicas e étnicas (VICTORA et al., 2011; ARAÚJO et al., 2014), a estagnação da mortalidade neonatal e a incidência aumentada de prematuridade, das condições crônicas e da violência na infância, a alta prevalência de sífilis congênita e a morbimortalidade de crianças menores de 5 anos por causas sensíveis à APS (VICTORA et al., 2011; MAGALHÃES et al., 2018).

No contexto recente das políticas públicas voltadas à saúde da criança, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual ampliou o foco das ações de atenção à saúde da criança até os nove anos de vida, mas manteve a atenção especial à primeira infância (0-3 anos) e às populações de maior vulnerabilidade, com vistas na redução da morbimortalidade infantil, assim como na promoção de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento para essa população. Desse modo, os princípios orientadores da política são: o direito à vida e à saúde; a prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da

atenção e gestão participativa com controle social. E, por fim, tem como pressuposto básico a APS como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2015), o que enfatiza a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde (BRASIL, 2010a).

A concepção de APS nasceu no Relatório Dawson, publicado em 1920 na Inglaterra, no qual propõe a criação de serviços (domiciliares e institucionais) de baixa complexidade, que sejam acessíveis (não necessariamente gratuitos) para toda a comunidade e que integrem medicina curativa e preventiva, organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde seja resolvidas e ainda sejam responsáveis por encaminhar os problemas mais complexos para os serviços secundários ou terciários (LANCET, 1920).

Em 1978, a conferência de Alma-Ata incrementou a concepção de cuidados primários definindo-os como um conjunto de cuidados essenciais colocados ao alcance universal e cobertura equitativa; com o foco nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; na realização de ações intersetoriais para enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e na plena participação da comunidade (UNICEF, 1978).

Após 40 anos, a conferência de Astana aborda novamente o conceito da APS, ampliando alguns aspectos dos conceitos básicos de Dawson e Alma-Ata como o escopo de serviços que devem contemplar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, curativas, de reabilitação e cuidados paliativos, qualificação e não fragmentação dos cuidados e uso racional de recursos. Além de apontar mais clara e contundentemente seu embasamento em aspectos ideológicos de uma concepção globalista de APS (WHO, 2018).

No Brasil, o conceito de APS esteve fortemente presente na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus elementos presentes já em sua lei orgânica (BRASIL, 1990). A definição de APS presente nas políticas de saúde brasileiras guardam coerência com a definição de Starfield (2002), que, em resumo, é o serviço que atua como porta de entrada no sistema de saúde e atende todas as novas necessidades e problemas em sua dinamicidade; com foco na pessoa e não na enfermidade; no decorrer do tempo e para todas as condições; e coordena e integra os demais serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

No entanto, esta mesma autora aponta que esta conceituação fornece um aporte filosófico importante para a concepção de APS, mas não são suficientes quando a tarefa é definir se um serviço de saúde atende ou não aos requisitos da APS. Desta forma, para avaliar as características do serviço de APS, essa pesquisadora sugere medir a presença e a extensão dos **atributos - ou eixos estruturantes** - que são distribuídos entre **essenciais: atenção ao**

primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Tais atributos podem ser medidos com a utilização do Primary Care Assessment Tool PCATool (PCATool), elaborado em 2001 no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland (EUA) (CASSADY et al., 2000; SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001), que possui versões adaptadas e validadas para o contexto brasileiro na versão criança (HARZHEIM et al., 2006), adulto (HARZHEIM et al., 2013) e profissional (HAUSER et al., 2013).

No que se refere a efetividade da APS na atenção à saúde da criança, ou seja, o nível de estruturação e a forma como se fazem presentes os seus atributos ordenadores, observa-se que, os serviços de atenção primária brasileiros são heterogêneos quanto à presença e extensão dos atributos da APS para a criança o que aponta para a integralidade da atenção como processo ainda em construção, que requer muitas mudanças e que tem encontrado terreno mais fértil nos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) (DAMASCENO et al., 2016).

O baixo desempenho de atributos da APS na assistência à saúde da criança evidencia a presença de barreiras organizacionais ao acesso; ausência de contrarreferência; predominância de práticas individuais; verticalização na organização das ações; comunicação ineficiente entre profissionais e usuários e pouco espaço para a participação da comunidade (SILVA; FRACOLI, 2016).

Estudo realizado em 2018 com o objetivo de identificar prioridades internacionais de pesquisa em APS visando orientar a alocação de recursos e melhorar a atenção primária global estabeleceu uma lista de dez questões de pesquisa prioritárias, sendo uma delas a avaliação do desempenho da APS (O'NEILL et al., 2018).

Diante do exposto, fica evidente que o conhecimento da presença e extensão dos atributos da APS na saúde da criança é de uma fonte de informação valiosa para os profissionais e gestores do SUS visando a organização do serviço (PINA et al., 2015) segundo as recomendações do MS (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Considerando que o monitoramento e avaliação das ações de APS nos territórios devem ser realizados continuamente por todas as esferas do governo (BRASIL, 2017); este estudo se propôs a responder a seguinte questão: como o usuário das equipes da ESF avalia a presença e a extensão dos atributos da APS na atenção à saúde da criança no município de Divinópolis, Minas Gerais (MG), Brasil?

Tal avaliação possibilitará a identificação das fragilidades dos atributos ordenadores da APS na assistência à saúde da criança exercida pelas ESF; proporcionará, aos gestores locais da saúde, subsídios para a tomada de decisão e planejamento das ações que tenham potencial para qualificar o serviço e garantir a oferta de cuidados primários em saúde compatíveis com as necessidades da localidade; permitirá a identificação de aspectos a serem enfatizados para a educação permanente dos profissionais que atendem as crianças menores de 2 anos e, por fim, poderá fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a presença e a extensão dos atributos ordenadores da Atenção Primária na assistência à saúde da criança segundo a experiência dos cuidadores de usuários na faixa etária de 0 a 2 anos no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os cuidadores de crianças de 0 a 2 anos em relação aos aspectos sociodemográficos.
- b) Caracterizar as crianças em relação aos aspectos sociodemográficos e clínicos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EIXOS ESTRUTURANTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA CRIANÇA

A APS é definida pelo artigo 2º da PNAB como

“o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017).

Para que um serviço de APS seja efetivo é necessário que este esteja orientado conforme os quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e três atributos derivados: orientação familiar, orientação para a comunidade e adequação cultural (STARFIELD, 2002).

A atenção ao primeiro contato diz respeito à acessibilidade (elemento estrutural) e utilização do serviço de saúde (elemento processual) a cada novo problema ou episódio de um problema já existente, devido aos quais pessoas buscam assistência. Cabe ressaltar que a acessibilidade está relacionada tanto ao acesso geográfico ao serviço quanto aos horários de funcionamento da unidade e sua conveniência na visão do usuário, além de sua implicação na utilização do estabelecimento pela sua população para a resolução dos seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade, se refere a existência de uma fonte regular de atenção e sua utilização ao longo do tempo. De modo que a unidade de saúde seja capaz de identificar sua população eletiva e seus indivíduos e estabeleça vínculos com os usuários, expressos por fortes laços interpessoais que reflitam uma cooperação mútua entre ambos (STARFIELD, 2002).

A integralidade se refere a capacidade da unidade de APS em estabelecer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviço de saúde de que necessitem, ainda que alguns não sejam realizados necessariamente em suas dependências ou nível de atenção. Isto inclui encaminhamentos para serviços de outros níveis. Deste modo, a equipe de APS a saúde deve se responsabilizar em conhecer todas as necessidades e problemas de sua população (STARFIELD, 2002).

A coordenação pressupõe a continuidade do cuidado, expressa na conduta dos profissionais, no registro em prontuário e no reconhecimento de problemas. Os quais são facilitados pelo acompanhamento do usuário por um mesmo profissional e pela qualidade dos registros (STARFIELD, 2002).

A orientação familiar consiste em uma atenção integral baseada na avaliação das necessidades individuais em que se considera o contexto familiar e seu potencial de cuidado e ameaça à saúde e se inclui a utilização de ferramentas de abordagem familiar (STARFIELD, 2001) entre as quais pode-se mencionar o Olhar Sistêmico, Ciclo Vital, Estrutura Familiar, Genograma; Ecomapa; APGAR Familiar; PRACTICE e *Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (FIRO) (BRASIL, 2012).

A orientação comunitária se refere ao reconhecimento por parte das equipes do serviço de saúde, por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, de quais são as necessidades em saúde, além de uma relação entre os serviços, que possibilite o planejamento e a avaliação conjunta (STARFIELD, 2002).

A competência cultural trata-se da adaptação de profissionais de saúde às características culturais especiais da população de modo a facilitar a relação e a comunicação entre ambos (STARFIELD, 2002).

Tais atributos podem ser medidos com a utilização do Primary Care Assessment Tool PCATool (PCATool), elaborado em 2001 no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland (EUA) (CASSADY et al., 2000; SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001), que possui versões adaptadas e validadas para o contexto brasileiro na versão criança – extensa (HARZHEIM et al., 2006) e reduzida (HAUSER, 2016), adulto - extensa (HARZHEIM et al., 2013) e reduzida (OLIVEIRA et al., 2013), versão completa profissional (médico e enfermeiro) (HAUSER et al., 2013), Saúde Bucal usuários-adultos (CARDOSO, 2015; 2020) e cirurgiões-dentistas (D’AVILA, 2016). Todas estas versões, foram publicadas em um manual do MS (BRASIL, 2020).

Este instrumento é utilizado em muitas pesquisas brasileiras para a avaliação da atenção à saúde da criança no âmbito da APS conforme a visão dos usuários, de tal modo que o manual acima mencionado teve uma rápida utilização pela comunidade acadêmica com a publicação de um artigo logo no ano seguinte em que o instrumento foi disponibilizado (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

No que se refere aos resultados encontrados por estes estudos, nota-se que na visão dos usuários, os serviços de APS não estão orientados para a APS (SILVA et al., 2016; MARQUES et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI,

2016), apesar de um alto grau de afiliação (FURTADO et al., 2013; MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017; SILVA et al., 2016; SILVA; FRACOLLI, 2016) e boa avaliação dos atributos acesso de primeiro contato – utilização (FURTADO et al., 2013; MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017; SILVA et al., 2016; MARQUES et al., 2014; SILVA; FRACOLLI, 2016; SILVA; ALVES, 2019), longitudinalidade (FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2016; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016) e coordenação, tanto no subitem integralidade do cuidado (FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2016; SILVA; ALVES, 2019; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; MACEDO et al., 2019) , quanto no sistema de informação (FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2016; MARQUES et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

O grau de afiliação se apresentou com escores superiores a 6,6 na maioria dos estudos (FURTADO et al., 2013; MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017; SILVA et al., 2016; SILVA; FRACOLLI, 2016), o que significa que os usuários/cuidadores reconhecem Unidades de APS, seja na modalidade ESF ou equipe de APS tradicional, ou seja sem equipes da ESF , como serviços de referência para a atenção à saúde da criança (FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2016).

O atributo acesso de primeiro contato, que se refere ao reconhecimento do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, exceto as reais urgências e emergências médicas, é avaliado com base em dois aspectos: utilização e acessibilidade (STARFIELD, 2001).

O aspecto utilização, apresentou-se com forte orientação para APS (escore $\geq 6,6$) na maioria dos estudos (FURTADO et al., 2013; MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017; SILVA et al., 2016; MARQUES et al., 2014; SILVA; FRACOLLI, 2016; SANTOS et al., 2018), no entanto, o oposto ocorreu em relação à acessibilidade (MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017; MARQUES et al., 2014; SILVA; FRACOLLI, 2016; MACEDO et al., 2019). O que demonstra que, apesar de os usuários reconhecerem a unidade como porta de entrada para a RAS e fonte primária para seus cuidados de saúde, ao buscarem seus serviços, ainda encontram problemas de acesso (MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017). As barreiras de acesso a serviços efetivos ainda são um desafio após os 30 anos de implantação do SUS (CASTRO et al., 2019) que precisa ser superado para o alcance de uma APS forte (TASCA et al., 2020).

Uma possível explicação para as barreiras de acesso se refere ao horário de funcionamento das unidades e a necessidade de filas e senhas para marcação de consultas

(LIMA et al., 2018). O que poderia ser amenizado com a adoção de horários alternativos, prática já observada em alguns lugares, ainda que em caráter esporádico em alguns dias da semana, mas que já se apresenta como medida permanente entre as propostas do atual governo brasileiro (BRASIL, 2019a).

O problema da acessibilidade ainda demanda uma nova formatação no atendimento ao público em geral e estímulo a maior responsabilização e vinculação pelos profissionais de saúde ao atenderem as crianças e suas famílias (MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017). Dentre as estratégias para esta nova formatação, pode-se apontar a adoção de ferramentas que facilitem a marcação dos atendimentos como telefone e internet (LIMA et al., 2018; TASCA et al., 2020).

No que se refere à longitudinalidade, a maioria dos estudos (FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2016; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; SANTOS et al., 2018) apresentou escores superiores a 6,6, o que indica que, de modo geral, nos serviços de APS avaliados, existe uma fonte de atenção e utilização dos serviços de modo continuado, além de uma relação de confiança mútua entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2001; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

A manutenção deste atributo fortalecido contribui, de modo particular para a superação de problemas como a realização de tratamentos incompletos, utilização incompleta e fragmentada dos serviços de saúde e redução da capacidade dos profissionais em avaliar as condições de saúde e doença e as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

O atributo coordenação foi avaliado com forte orientação para a APS (escore $\geq 6,6$) na grande maioria dos estudos, tanto para o aspecto integração dos cuidados (FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2016; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; SANTOS et al., 2018), quanto para o aspecto sistema de informações (FURTADO et al., 2013; MARQUES et al., 2014; SILVA et al., 2016; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; SILVA; ALVES, 2019; MACEDO et al., 2019). O que sugere que, na visão do usuário, o registro das informações e o acesso a essas informações ocorre de maneira eficaz (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015) e ainda que, existe alguma integração entre os serviços que ele recebe de outros provedores e a APS.

A existência de alguma forma de continuidade e o reconhecimento dos problemas de saúde abordados em outros serviços e a integração deste cuidado dentro do contexto global de cuidado do usuário são pressupostos da coordenação da atenção (STARFIELD, 2001). Cabe ressaltar que esta continuidade está diretamente relacionada a disponibilidade de informações

sobre a assistência ao usuário, prestada no passado, e o reconhecimento das mesmas à medida em que estão relacionadas às necessidades para o presente atendimento (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

O alto escore da coordenação, mostra que a APS está sendo ordenadora e coordenadora do cuidado na rede de atenção, o que é fundamental para que se estabeleçam as diretrizes estabelecidas pela PNAISC (BRASIL, 2015).

Na maioria dos estudos, a integralidade esteve relacionada a escores inferiores a 6,6, tanto para os serviços disponíveis (FURTADO et al., 2013; MARQUES et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; SILVA; ALVES et al., 2019; MACEDO et al., 2019), quanto para os serviços prestados (MARQUES et al., 2014; SILVA et al., 2016; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; SANTOS et al., 2018; MACEDO et al., 2019). Este atributo, é definido como a capacidade do serviço em atender ao usuário de forma integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial como em relação ao processo saúde-doença, pelo escopo de ações de promoção da saúde, prevenção e cura de doenças e agravos e reabilitação. Revela-se como um recorrente desafio no contexto da APS (STARFIELD, 2001).

A avaliação da integralidade com escores baixos indica que, em um contexto geral, as unidades estudadas talvez não disponham de alguns serviços que competem a APS, ou não estabelecem os arranjos adequados para que o usuário receba os serviços que demanda (FURTADO et al., 2013; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

Neste sentido, o MS lançou em 2019 a carteira de serviços da APS (CaSAPS) que estabelece a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira. No contexto da atenção à saúde da criança, o escopo de ações e serviços possui considerável amplitude conforme proposto na PNAISC e contempla, em resumo, ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; atendimento ao recém-nascido; prevenção, tratamento e aconselhamento em relação a condições crônicas, saúde mental, saúde nutricional, uso de drogas, situação de violência e ainda, acompanhamento de crianças em condições de vulnerabilidade social (BRASIL, 2019b).

No que se refere a Orientação Familiar, a grande maioria dos estudos apontaram uma baixa orientação para a APS (escore <6,6) e o mesmo ocorreu para o atributo Orientação Comunitária (SILVA et al., 2016; MARQUES et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; SANTOS et al., 2016; MACEDO et al., 2019).

A orientação familiar e comunitária qualifica o serviço de APS. Isso mostra que os serviços ainda não mudaram a lógica do modelo de atenção, ainda estão centrados na doença,

não realizam o diagnóstico situacional para elencar a realidade epidemiológica do território e não favorecem a participação popular (BLACK et al., 2018).

A orientação familiar, ou atenção à saúde centrada na família, pressupõe uma avaliação das necessidades de cada indivíduo com foco na atenção integral, baseada no contexto familiar e em seu potencial de cuidado e/ou ameaças à saúde (STARFIELD, 2001). Para tanto, é necessário que os profissionais estejam qualificados com relação aos cuidados no manejo das condições comuns de maior impacto na saúde das famílias de um modo geral (MARQUES et al., 2014; SANTOS, 2016) e de igual modo, sejam capazes de superar a lógica de cuidado centrado na demanda do indivíduo para uma atenção à saúde focada na família.

A orientação comunitária está baseada em uma relação direta entre o serviço de saúde e a comunidade que possibilite o reconhecimento de suas necessidades de saúde por meio de dados epidemiológicos ou do contato direto entre ambos, bem como em uma avaliação e planejamento conjunto dos serviços (STARFIELD, 2001).

Os baixos escores da orientação familiar e orientação comunitária indicam que o modelo de assistência empregado não está conseguindo integrar o indivíduo à sua família e nem tampouco reconhecê-lo como pertencente a uma comunidade específica. Foi destacada a visita domiciliar como estratégia fundamental para tornar mais efetivos estes atributos (MARQUES et al., 2014). Pesquisa realizada no Brasil demonstrou que no contexto da ESF, mesmo em áreas de alta cobertura, a prática da visita domiciliar pelo enfermeiro ainda não atende toda a população, o que pode impactar na manutenção das taxas de internações por condições sensíveis a APS (GARCIA, et al., 2019).

A visita domiciliar estruturada possibilita benefícios importantes no seguimento da saúde da criança, quando se configura como um processo amplo e contínuo, cujo eixo norteador é a promoção do desenvolvimento na primeira infância e possui intervenções qualificadas e humanizadas. Nesse sentido, quando a visita domiciliar está relacionada à abertura de possibilidades de transformação das condições de saúde das crianças e famílias, nas quais hábitos, crenças e comportamentos possam ser revisitados, ela acontece com conexão entre êxito técnico e sucesso prático (MELLO et al., 2017).

Na avaliação do escore geral, a grande maioria dos estudos apontaram para uma fraca orientação para a APS (SILVA et al., 2016; MARQUES et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2016; SILVA; ALVES, 2019; MACEDO et al., 2019), no entanto, para o escore essencial a maioria dos estudos obteve valores superiores a 6,6 (FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2016; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011;

ARAÚJO et al., 2018; SANTOS et al., 2018). Ou seja, os serviços oferecem minimamente estrutura e processo para a realização da atenção à saúde da criança. Mas precisa fortalecer os eixos qualificadores dessa atenção para que haja um desempenho satisfatório.

Os estudos de avaliação da APS na saúde da criança apresentam algumas recomendações para que os serviços estejam melhor orientados para a APS, dentre as quais as mudanças na organização dos serviços de APS (MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017; MARQUES et al., 2014; SILVA; FRACOLLI, 2016) com foco tanto em seus elementos processuais quanto estruturais (MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017), de modo que a APS se configure em um serviço centrado nas necessidades de saúde da população, suas particularidades, recursos disponíveis e não apenas em programas governamentais (SILVA; FRACOLLI, 2016).

Ainda em relação a tais mudanças, é apontada também a necessidade de integração entre os serviços para o fluxo de usuários no sistema de saúde, a capacitação dos profissionais da APS para atuar em um modelo de cuidado colaborativo, o fortalecimento da capacidade de comunicação e colaboração entre os serviços de diferentes níveis de atenção à saúde ou mesmo de outros setores governamentais, a definição e atribuição clara das ações de cada serviço (SILVA et al., 2016). No mesmo sentido, vários trabalhos apontam para a importância da capacitação e sensibilização dos profissionais da APS, sobretudo no que se refere a responsabilização e vinculação com o usuário (MORAIS; ROSADO; SANTIAGO, 2017; MARQUES et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Diante do exposto, os estudos de avaliação da APS contribuem direta e significativamente para a superação dos desafios existentes na saúde da criança (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015). É oportuno, deste modo, que tais estudos tenham como foco a identificação rigorosa dos seus atributos, que possibilitam a definição do serviço como realmente orientado para a APS e a diferenciação entre atenção primária à saúde e atenção mínima à saúde (HARZHEIN et al., 2006), possibilitando que a mesma cumpra o seu papel chave de coordenadora das RAS conforme estabelecido na PNAB (BRASIL, 2017) e na própria PNAISC (BRASIL, 2015).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, com delineamento transversal. Esse tipo de estudo busca, por meio da análise dos processos ou resultados de um serviço de saúde, determinar sua eficácia, efetividade e eficiência, através de uma medida quantificável, ou seja, busca verificar o efeito do atendimento à saúde e os resultados de saúde em uma população (GORDIS, 2004). Neste contexto, o referencial metodológico é o modelo de avaliação de Donabedian (1988) que se organiza em três categorias – estrutura (referente aos recursos, fluxos e protocolos), processos (referente à forma de atuação) e resultados (referente aos reflexos das medidas adotadas). O referencial teórico são os Atributos da APS estabelecidos por Starfield (2002) definidos como: atributos essenciais – acesso de primeiro –contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação e atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Divinópolis, localizado na região Centro Oeste de Minas Gerais. Tal município possui uma área territorial de 708,115 km² e uma população estimada, em 2017, de 234.937 habitantes, com densidade demográfica de 300,82 habitantes/km². A principal atividade econômica está no setor de serviços, o produto interno bruto é de R\$23.229,90 per capita e índice de desenvolvimento humano médio é de 0,764 (IBGE, 2018).

A cidade é sede da macrorregião oeste de saúde e possui 42 unidades de Atenção Primária a Saúde, das quais 32 caracterizam-se como equipes da ESF e 10 equipes da APS tradicionais (DIVINÓPOLIS, 2017). Foi definido como cenário do estudo todas as unidades da ESF da zona urbana com mais de um ano de funcionamento e que oferecem, rotineiramente, à população adscrita a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a dois anos de idade, totalizando 29 unidades.

As unidades de ESF do município oferecem atendimento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) em uma frequência de 1 a 2 vezes por semana dentro do horário de funcionamento da unidade (segunda a sexta-feira, de 07 às 11 horas e de 13 às 17horas). Este atendimento é realizado pelo enfermeiro, enfermeiro residente e médico.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A coleta de dados ocorreu no período de abril a dezembro de 2019 e foi realizado com os usuários (responsáveis) pelas crianças menores de dois anos de idade (até 23 meses e 29 dias de vida) cadastradas nas ESF do município de Divinópolis. Conforme os dados do Sistema Integrado de Saúde fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, em 2017 existiam 3.966 crianças nesta faixa etária cadastradas nos serviços de APS. Nas ESF estavam cadastradas 1.917 crianças entre 0 e 23 meses e 29 dias, de modo 949 crianças com até 11 meses e 29 dias de vida e 968 entre 12 e 23 meses de vida.

Considerando um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra calculada foi de 321 participantes. O número de participantes que foi abordado em cada unidade foi calculado considerando a proporção de crianças cadastradas em cada ESF do município.

A escolha dos participantes foi realizada por meio de uma amostragem por conveniência, de modo que os pesquisadores compareceram nas unidades de saúde em dias e horários em que houvesse consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança agendadas para o médico ou enfermeiro. Todos os cuidadores que compareceram à unidade com a criança naquele momento, seja para consulta ou outra demanda (como imunização, avaliação odontológica e outros), foram convidados a participarem do estudo, respeitando os critérios de seleção.

Foram utilizados como critérios de inclusão: cuidadores principais (que prestassem cuidados a criança continuamente¹) que apresentassem condições mínimas de compreensão para responderem os questionários e que já estiveram com a criança para atendimento na unidade de Saúde da Família ao menos uma vez. Foram considerados como critérios de exclusão os cuidadores com idade inferior a 18 anos.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) versão criança (BRASIL, 2010b), além de um questionário elaborado pelas pesquisadoras para coletar informações sociodemográficas do cuidador principal da criança e, também, dados sociodemográficos e clínicos da criança.

¹ Conforme a orientação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool-Brasil (BRASIL, 2010b) é utilizada a seguinte pergunta para identificar quem é o cuidador principal da criança: “*Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde do(a).....(nome da criança)*”?

O PCATool foi elaborado por Starfield (2001) no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland (EUA); sendo que a versão criança foi validada para o Brasil por Harzheim e colaboradores em 2006 (HARZHEIM et al., 2006), e publicado oficialmente pelo MS como uma ferramenta avaliativa da APS em 2010 (BRASIL, 2010b).

O instrumento, embasado no marco teórico da APS e no modelo de avaliação de Donabedian (1988), avalia o grau de afiliação do usuário ao serviço e mede a presença e extensão dos atributos da APS que se dividem em quatro essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção; e três derivados: orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural (BRASIL, 2010b).

O PCATool é o instrumento de avaliação da APS mais utilizado no Brasil, uma vez que, possibilita subsídios para a qualificação dos cuidados primários em saúde, além de ser um instrumento que apresenta simplicidade quanto ao uso, aplicação e cálculo dos escore (D'ÁVILA et al., 2017). É válido ressaltar a inexistência de outros instrumentos validados que propõem medir a presença e extensão dos atributos da APS em diferentes serviços de saúde, o que caracteriza o PCATool como uma ferramenta para pesquisa com rigor e qualidade científica (BRASIL, 2010b).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool*) original apresenta versões autoaplicáveis para as crianças (cuidadores) (*PCATool* versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (*PCATool* versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. Sua adaptação consistiu na conversão para um questionário de aplicação por meio de entrevistadores, o qual passou por um extenso processo de validação, resultando no instrumento em português para cada uma das versões citadas acima (BRASIL, 2010b, HARZHEIM et al., 2006; D'ÁVILA et al., 2017). Tal instrumento, validado para o Brasil, é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, de modo que o *PCATool*-Brasil-versão criança é composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, conforme descrito a seguir (BRASIL, 2010b).

Antes dos itens para avaliação dos atributos propriamente, existem três itens (A1, A2 e A3) que medem o grau de afiliação (A) com Serviço de Saúde. Posteriormente, o instrumento traz então: Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B), constituído por 3 itens (B1, B2 e B3); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C), constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6); longitudinalidade (D), constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7,

D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14); Coordenação – Integração de Cuidados (E), constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6); Coordenação – Sistema de Informações (F), constituído por 3 itens (F1, F2 e F3); Integralidade – Serviços Disponíveis (G), constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9); Integralidade – Serviços Prestados (H), constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5); Orientação Familiar (I), constituído por 3 itens (I1, I2 e I3) e Orientação Comunitária (J), constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4) (BRASIL, 2010b).

As respostas possíveis para cada um dos itens do PCATool são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9) (BRASIL, 2010b). Essas opções de respostas da escala Likert utilizadas no PCATool-Brasil-versão criança são de domínio público (BRASIL, 2010b).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para operacionalização da coleta de dados, foi formada uma equipe de quatro enfermeiras e 12 acadêmicos de enfermagem de duas instituições públicas de ensino superior, que foram devidamente treinados e supervisionados pela pesquisadora principal.

Cada participante, após apresentação do pesquisador e breve explicação dos objetivos da pesquisa, foi convidado a responder ao questionário em uma sala privativa na própria unidade de saúde. Para aqueles participantes que eventualmente não apresentavam disponibilidade naquele momento, bem como nas unidades em que houve dificuldades para encontrar os usuários, foram agendadas visitas domiciliares.

Após a leitura na íntegra do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sua assinatura foi realizada a aplicação do questionário pelo pesquisador com o suporte de um cartão resposta com as opções da escala Likert utilizadas no PCATool-Brasil-versão criança que foi oferecido ao participante. As medidas de anonimato foram descritas no item 4.7 Aspectos Éticos.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados foram compilados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 com entrada dupla, ou seja, foi digitado por dois pesquisadores treinados o qual possibilitou a verificação de inconsistências na digitação.

A análise dos dados também foi realizada no software SPSS versão 23. Foi aplicada medidas descritivas adequadas à natureza das variáveis estudadas (quantitativas/qualitativas).

Em relação ao PCATool, os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, seguimos os seguintes passos que estão previstos no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool-Brasil (BRASIL, 2010b):

- a) 1º Passo: inversão dos Valores para os itens C2, C4, C5 e D10, pois estes foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS, assim, seus valores são invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).
- b) 2º Passo: se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atinge 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não é calculado o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado fica em branco (“*missing*”) no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) é inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” é transformado para valor “2” (“provavelmente não”).
- c) 3º passo: para o componente Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade (Itens = A1, A2, A3), é utilizado o seguinte algoritmo: todas as respostas NÃO: $A1 = A2 = A3 = 0$, então Grau de Afiliação = 1; uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços: $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, então Grau de Afiliação = 2; duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço: $A1=A2$ ou $A1=A3$ ou $A2=A3$ e iguais a SIM, então Grau de Afiliação = 3; todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço: $A1 = A2 = A3 = 1$, então Grau de Afiliação = 4.
- d) 4º passo: para os demais componentes - acesso de primeiro contato – utilização (B), acesso de primeiro contato – acessibilidade (C), longitudinalidade (D), Coordenação - Integração de Cuidados (E); Coordenação - Sistema de Informações (F); Integralidade - Serviços Disponíveis (G); Integralidade - Serviços Prestados (H); Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J) – o cálculo do escore médio é realizado por meio da soma dos escores de cada item dividida pelo número de itens, com atenção as seguintes observações: os itens C2, C4, C5 e D10, precisam sofrer a inversão de valores conforme já descrito anteriormente e o item E1 não entra no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo. Os escores são construídos com intervalo de 1-4 para cada atributo (HARZHEIM et al., 2006).

- e) 5º passo: calcular o escore essencial e o escore geral da APS. O escore essencial é calculado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes $(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$. Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais para cada entrevistado, o Escore Essencial da APS para este entrevistado não é calculado (conforme passo 2 descrito acima) e caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, é calculada a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS. O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) somado aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes $(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$. Quando não é possível calcular o escore em 5 ou mais componentes não é calculado o Escore Geral da APS para este entrevistado (conforme passo 2 descrito acima) quando não é possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calculamos a média dos componentes restantes para obter o Escore Geral da APS.
- f) Os resultados obtidos, para cada escore, foram ao final convertidos em uma escala de 0-10 e o serviço é considerado provedor de APS quando o atributo apresenta um escore maior ou igual a 6,6 (BRASIL, 2010b; OLIVEIRA, 2007).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as informações utilizadas para esta pesquisa têm as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES) da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e todo o processo de pesquisa e utilização dos dados segue os termos das Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) 466 de 2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Este trabalho foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis (SEMUSA) (Anexo A) e aprovado pelo CEPES da UFSJ, Campus Centro Oeste Dona Lindu, CAAE 02561118.0.0000.5545, parecer 3.090.646 (Anexo B).

Os cuidadores responsáveis pelas crianças foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária e mediante assinatura do TCLE (Apêndice B), no qual informa os

objetivos e métodos da pesquisa, bem como dos possíveis riscos e benefícios na participação do estudo.

Da mesma forma, foi informado aos participantes, no momento da coleta de dados e explícito no TCLE, que estes tinham o direito de desistir de sua participação, em qualquer momento do estudo, sem constrangimentos ou necessidade de justificar-se. Até o fechamento da escrita da dissertação não houve nenhuma desistência de participação na pesquisa.

Foram garantidas medidas de proteção ao anonimato das informações referentes às entrevistas individuais. O sigilo foi mantido por meio da adoção de um número de identificação para cada participante e no questionário utilizado para a coleta de dados não conta a informação do nome do participante.

Os riscos de participação nesse estudo foram mínimos, sendo eles o de constrangimento por não conhecimento do tema abordado ou a quebra de sigilo, privacidade e confidencialidade das informações obtidas no estudo. Para minimizá-los, em relação ao possível constrangimento, os pesquisadores orientaram aos participantes que eles poderiam recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar do estudo a qualquer momento, caso sentirem necessidade ou assim desejarem. Considerando o sigilo, privacidade e confidencialidade das informações adotou-se a identificação numérica dos participantes desta pesquisa,

Os dados coletados foram tratados com segurança de forma a garantir a confidencialidade e sigilo em todas as etapas do estudo, e a pesquisadora principal manterá os questionários arquivados durante um período mínimo de cinco anos a partir da data da realização da entrevista e posterior a este período serão destruídos.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em formato de artigo científico. O item 5.1 apresenta o manuscrito intitulado **Atributos ordenadores da atenção primária à saúde: como avaliam os cuidadores de crianças?**.

5.1 ATRIBUTOS ORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMO AVALIAM OS CUIDADORES DE CRIANÇAS?

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a presença e a extensão dos atributos ordenadores da Atenção Primária na assistência à saúde da criança segundo a experiência dos cuidadores de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **MÉTODO:** Estudo avaliativo, transversal, com 339 usuários cuidadores de crianças menores de 2 anos, cadastradas e acompanhadas em 29 equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana de um município de Minas Gerais. Utilizou-se para coleta de dados o Primary Care Assesment Tool - Brasil versão criança e um questionário sociodemográfico e clínico para a caracterização da amostra. **RESULTADOS:** A maioria dos participantes demonstrou grau de afiliação 3 (31%) e 4 (54,2%) às equipes da Estratégia Saúde da Família, tendo como vínculo principal o enfermeiro (73,2%) e o Residente de Enfermagem (10,3%). Os escores geral e essencial apresentaram valores superiores a 6,6 assim como os atributos Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação Integração de Cuidados, Coordenação Sistema de Informações, Integralidade dos Serviços Prestados e Orientação Familiar. O escore derivado apresentou baixa orientação para a Atenção Primária à Saúde (escore <6,6), assim como Acesso de Primeiro Contato Acessibilidade, Integralidade dos Serviços Disponíveis e Orientação Comunitária. **CONCLUSÃO:** Os resultados do escore geral apontam para o desempenho satisfatório das equipes da Estratégia Saúde da Família na atenção à criança. Verifica-se a necessidade de fortalecimento dos atributos que obtiveram escore menor de 6,6, em especial, a orientação comunitária, componente do escore derivado, responsável pela qualificação das ações dos serviços de atenção primária.

DESCRITORES: Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde da criança; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No cenário brasileiro a evolução das políticas públicas para a saúde da criança permitiram grandes avanços expressos pela redução da mortalidade infantil e desnutrição e aumento expressivo da cobertura vacinal⁽¹⁻²⁾.

Por outro lado, ainda existem consideráveis desafios que refletem antigos problemas somados a novas fragilidades no que se refere à saúde da criança no Brasil, entre os quais a estagnação dos índices de mortalidade neonatal e a incidência aumentada de prematuridade e de condições crônicas, entre as quais o sobrepeso⁽²⁾. Isso demonstra que, na realidade dos serviços de saúde, ainda persistem lacunas entre as diretrizes programáticas e a sua capilaridade⁽²⁾ e apontam também para a necessidade de um escopo mais ampliado de ações e serviços que sejam capazes de responder as demandas vigentes no que se refere à saúde da criança.

Para dar resposta a estes desafios, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que está organizada em eixos estratégicos da saúde materna, neonatal e infantil que devem ser implementados nos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽³⁾.

Para que a APS desempenhe com eficiência o seu papel de coordenadora do cuidado na RAS e atenda os eixos estabelecidos na PNAISC para obter resultados positivos na saúde da criança, é necessário que ela esteja estruturada nos seus atributos ordenadores, que são divididos em essenciais, que determinarão se o serviço é provedor de Atenção Primária à Saúde (APS) – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e nos atributos derivados, que qualificarão as ações dos serviços de APS – orientações familiar e comunitária e a competência cultural⁽⁴⁾.

A presença e a extensão desses atributos podem ser medidas por meio do Primary Care Assessment Tool – PCATool, ferramenta validada para o contexto brasileiro em 2010⁽⁵⁾. Estudos realizados no Brasil utilizando este instrumento na versão criança demonstraram uma baixa orientação dos serviços da APS⁽⁶⁻⁹⁾, com maior frequência de baixo escore para os atributos acesso de primeiro contato-acessibilidade^(7;9-11), integralidade dos serviços disponíveis^(7-9;11-13), integralidade dos serviços prestados^(6-9;11;14), orientação familiar^(6-9;11;14) e orientação comunitária^(6-9;11;14).

Recentemente, o PCATool ganhou especial destaque na atual gestão do MS ao ser elencado entre os instrumentos para avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com vistas ao pagamento por desempenho⁽¹⁵⁾, previsto na portaria que estabelece o novo modelo de financiamento da APS⁽¹⁶⁾.

Tendo em vista que a puericultura (consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança) foi elencada como uma das ações estratégicas da APS que serão avaliadas no novo modelo de financiamento⁽¹⁶⁾; que a PNAISC recomenda, no terceiro eixo estratégico, a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, em especial, da primeira infância pelos serviços de APS⁽³⁾; sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a estrutura de organização desejável para os serviços de APS para garantia de seu fortalecimento⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a presença e a extensão dos atributos ordenadores da APS na assistência à saúde da criança segundo a experiência dos cuidadores de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos no âmbito da ESF.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo, com delineamento transversal, realizado em um município de médio porte de Minas Gerais, polo de uma macrorregião de saúde. Possui 42 unidades de APS, das quais 32 caracterizam-se como equipes de ESF, responsáveis pela cobertura de 46,8% da população, e 10 equipes de APS tradicional, ou seja sem equipes de ESF.

Foi definido como cenário do estudo todas as unidades de ESF da zona urbana com mais de um ano de funcionamento e que oferecem rotineiramente à população adscrita a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a dois anos de idade, totalizando 29 unidades.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a dezembro de 2019 e foram selecionados como participantes os usuários responsáveis pelo cuidado das crianças de zero a 23 meses e 29 dias de idade, cadastradas e acompanhadas pelas da ESF da zona urbana do referido município. Conforme os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2017 existiam 1.917 crianças nesta faixa etária cadastradas nos serviços de APS, sendo 949 (49,5%) menores de um ano e 968 (50,49%) com um ano completo.

Considerando um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra calculada foi de 321 participantes, que foi estratificada por cada unidade de saúde atendendo a proporção de crianças cadastradas na referida ESF.

A escolha dos participantes foi realizada por meio de uma amostragem por conveniência, de modo que os pesquisadores compareceram nas unidades de saúde em dias e horários em que houvesse consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança agendadas para o médico ou enfermeiro. Todos os cuidadores que compareceram à unidade com a criança, no período da coleta de dados, ou seja para consulta ou outra demanda (como imunização, avaliação odontológica e outros), foram convidados a participarem do estudo, respeitando os critérios de seleção.

Foram utilizados como critérios de inclusão: cuidadores principais (que prestassem cuidados a criança continuamente) que apresentassem condições mínimas de compreensão para responderem os questionários e que já estiveram com a criança para atendimento na unidade de ESF ao menos uma vez. Foram considerados como critérios de exclusão os cuidadores com idade inferior a 18 anos.

Para operacionalização da coleta de dados, foi formada uma equipe de quatro enfermeiras e 12 acadêmicos de enfermagem de duas instituições públicas de ensino superior, que foram devidamente treinados e supervisionados pela pesquisadora principal.

Cada participante, após apresentação do pesquisador e breve explicação dos objetivos da pesquisa, foi convidado a responder ao questionário em uma sala reservada na própria unidade. Para aqueles participantes que eventualmente não apresentavam disponibilidade naquele momento, bem como nas unidades em que houve dificuldades para encontrar os usuários, foram agendadas visitas domiciliares. Após a leitura na íntegra do TCLE e sua assinatura foi realizada a aplicação do questionário pelo pesquisador com o suporte de um cartão resposta oferecido ao participante.

Para a coleta de dados foi utilizado o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) versão criança⁽⁵⁾, além de um questionário elaborado pelas pesquisadoras para coletar dados sociodemográficos da mãe/cuidador, além de dados sociodemográficos e clínicos da criança.

O PCATool foi elaborado por The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland (EUA)⁽⁴⁾; validado para o Brasil em 2006⁽²⁰⁾ e publicado oficialmente pelo Ministério da Saúde como uma ferramenta avaliativa da APS em 2010⁽⁵⁾. O instrumento, embasado no marco teórico da APS e no modelo de avaliação donabediana, avalia o grau de afiliação do usuário ao serviço e mede a presença e extensão dos atributos da APS que se dividem em quatro essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção; e três derivados: orientação familiar, orientação comunitária, e competência cultural⁽⁵⁾.

Tal instrumento, validado para o Brasil, é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, de modo que o PCATool-Brasil-versão criança é composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, conforme descrito a seguir⁽⁵⁾.

Antes dos itens para avaliação dos atributos propriamente, existem três itens (A1, A2 e A3) que medem o grau de afiliação (A) com Serviço de Saúde. Posteriormente, o instrumento traz então: Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B), constituído por 3 itens (B1, B2 e B3); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C), constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6); longitudinalidade (D), constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14); Coordenação – Integração de Cuidados (E), constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6); Coordenação – Sistema de Informações (F), constituído por 3 itens (F1, F2 e F3); Integralidade – Serviços Disponíveis (G), constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9); Integralidade – Serviços Prestados (H), constituído por 5

itens (H1, H2, H3, H4 e H5); Orientação Familiar (I), constituído por 3 itens (I1, I2 e I3) e Orientação Comunitária (J), constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4)⁽⁵⁾.

Tais itens são estruturados de modo a possibilitar, por meio de respostas tipo *likert* (com certeza sim, provavelmente sim, provavelmente não, com certeza não e não sei/não lembro), a construção de escores com intervalo de 1-4 calculado pela média das respostas de seus itens⁽²⁰⁾. Os itens C2, C4, C5 e D10 estão estabelecidos de forma que quanto maior o valor atribuído a resposta, menor é a orientação para APS, de modo que, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4). As opções de respostas da escala *Likert* utilizadas no PCATool-Brasil-versão criança são de domínio público⁽⁵⁾.

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seus componentes conforme o passo a passo previsto no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool-Brasil, do mesmo modo que os escores essencial e geral⁽⁵⁾. É importante destacar que o último passo é o de converter os resultados obtidos para cada escore em uma escala de 0-10⁽⁵⁾. Ao final, o serviço foi considerado provedor de APS quando o atributo apresentou um escore maior ou igual a 6,6⁽²¹⁾.

Os dados coletados foram tratados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 com entrada dupla e analisados descritivamente no mesmo software. A pesquisa seguiu às recomendações éticas do Conselho Nacional de Saúde, foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município estudado e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos sob o parecer nº 3.090.646.

RESULTADOS

Participaram do estudo 389 pessoas responsáveis pelo cuidado de crianças de zero a dois anos de idade, dos quais 339 (79,1%) apresentaram afiliação com o serviço de APS.

As Tabelas 1 e 2 apresentam a caracterização dos dados sociodemográficos da mãe/cuidador e os dados sociodemográficos e dados clínicos da criança.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes (cuidador das crianças) de zero a dois anos de idade estratificada pela afiliação ao serviço de saúde, Divinópolis – MG, Brasil, 2019

Variáveis		Participante com afiliação à ESF*		Participante SEM afiliação com a APS†	
		n	%	n	%
Relação do cuidador com a criança	Mãe	297	87,3	42	84
	Pai	12	3,5	1	2
	Avó(ô)	22	6,5	4	8
	Outro	8	2,4	2	4
	Não informado	---	---	1	2
Idade (média ± DP)		29,7 (±8,9)		31,79 (±8,2)	
Sexo	Masculino	20	5,9	1	2
	Feminino	318	93,8	49	98
	Omisso	1	0,3	---	---
Trabalha fora	Sim	97	28,6	19	38
	Não	241	71,1	31	62
	Não informado	1	0,3	---	---
Fonte de renda	Autônomo	78	23	15	30
	Carteira assinada	65	19,2	14	28
	Desempregado	187	55,2	19	38
	Não informado	9	2,6	2	4
Recebe benefício do governo	Sim	78	23,0	14	28
	Não	259	76,4	36	72
	Não informado	2	0,6	---	---
Anos de estudo (média ± DP)		9,9 (±2,6)		11,5 (±3,0)	
Anos de estudo	Até 4 anos	10	2,9	2	4
	5 a 8 anos	88	25,9	4	8
	9 a 11 anos	166	49	22	44
	Acima de 12 anos	73	21,5	20	40
	Não informado	2	0,6	2	4
Estado civil	Casado	155	45,7	34	68
	Solteiro	102	30,1	9	18
	Divorciado	12	3,5	2	4
	União estável	69	20,4	5	10
	Não informado	1	0,3	---	---
Total		339	100	50	100

Notas: *Estratégia Saúde da Família, † Atenção Primária à Saúde

Tabela 2 - Caracterização das crianças participantes do estudo estratificada pela afiliação ao serviço de saúde, Divinópolis – MG, Brasil, 2019.

Variáveis		Criança com afiliação à ESF*		Participante SEM afiliação com a APS†	
		n	%	n	%
Sexo	Masculino	190	56	19	38
	Feminino	149	44	31	62
Tipo de moradia	Própria	196	57,8	36	72
	Alugada	113	33,3	12	24
	Cedida	23	6,8	2	4
	Outro	7	2,1	---	---
Criança cadastrada na unidade	Sim	332	97,9	47	94
	Não	6	1,8	3	6
	Não sabe/não respondeu	1	0,3	---	---
Grau de afiliação a APS‡	1	5	1,5	---	---
	2	45	13,3	---	---
	3	105	31,0	---	---
	4	184	54,2	---	---
Profissional com o qual o usuário refere vínculo	Enfermeiro da ESF	248	73,2	---	---
	Enfermeiro residente	35	10,3	---	---
	Médico ESF	41	12,1	---	---
	Médico e enfermeiro da ESF	12	3,5	---	---
	Técnico de enfermagem	2	6	---	---
Possui plano de saúde	Sim	95	28	42	84
	Não	242	71,4	8	16
	Não sabe/não respondeu	2	0,6	---	---
A mãe realizou pré-natal	Sim	333	98,2	50	100
	Não	2	0,6	---	---
	Não sabe/não respondeu	4	1,2	---	---
Local do pré-natal	ESF	219	64,6	9	18
	UBS§	16	4,7	3	6
	Policlínica	56	16,5	2	4
	Serviço privado	41	12,1	35	70
	Outro	6	1,8	---	---
	Não sabe/não respondeu	1	0,3	1	2
Tipo de parto	Vaginal	196	57,8	14	28
	Cesárea	139	41	33	72
	Não sabe/ não respondeu	4	1,2	---	---
Episódio de hospitalização da criança	Sim	65	19,2	11	22,0
	Não	272	80,2	38	76,0
	Não sabe/não respondeu	2	0,6	1	2,0
Total		339	100	50	100

Notas: Notas: *Estratégia Saúde da Família, † Atenção Primária à Saúde, ‡Por meio de um algoritmo o escore mede o quanto o usuário identifica o serviço de APS como referência, onde 4 indica alto grau de afiliação e 1, afiliação esporádica (foi perguntado o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e o questionário foi respondido de acordo com a resposta dada)⁽⁵⁾ §Unidade Básica de Saúde (Equipe de APS

tradicional)

Entre os participantes do estudo que apresentaram afiliação com o serviço de APS (n=339), a grande maioria eram as mães das crianças (87,3%), seguido de avôs (6,5%), pais (3,5%) e outros (2,4%). Destaca-se que 55,2% dos participantes estavam desempregados(as) no momento da entrevista e tinham em média de 9,9 anos de estudo.

Dentre as crianças deste grupo (com afiliação a APS), 97% estavam cadastradas na unidade em que foi realizada a entrevista; 28% possuíam plano de saúde; 64,6% das suas mães realizaram pré-natal na ESF e 21,2% em outros serviços da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale destacar que 54,0% destes participantes apresentaram grau de afiliação 4 com a APS (indica alto grau de afiliação) e referiram o enfermeiro da ESF como o profissional com o qual possuem maior vínculo (73,2%).

A tabela 3 mostra a média dos escores para cada tributo, assim como os resultados referentes aos escores geral, essencial e derivado. Destaca-se o desempenho satisfatório da APS no escore geral e essencial, e a baixa orientação para a APS (< 6,6) no escore derivado, assim como para os atributos acessibilidade, integralidade serviços disponíveis e orientação comunitária.

Tabela 3 – Descrição dos escores geral, essencial e derivado e por atributos de orientação da APS na saúde da criança, segundo a experiência de usuários cuidadores de crianças de 0 a 2 anos de idade. Divinópolis – MG, Brasil, 2019.

Atributo da APS	Mínimo/Máximo	Média/DP	% alto escore (n)
Acesso de Primeiro Contato	0,0 ----- 10	7,7 (±2,1)	79,9 (271)
Acesso de primeiro contato	0,5 ----- 10	6,2 (±2,1)	50,7 (172)
Acessibilidade			
Longitudinalidade	2,6 ----- 9,2	6,7 (±1,2)	59,6 (202)
Coordenação Integração de Cuidados	0,0 ----- 10	6,8 (±2,9)	25,4 (86)
Coordenação Sistema de Informações	0,1 ----- 10	8,1 (±1,8)	86,7 (294)
Integralidade dos Serviços Disponíveis	1,4 ----- 10	5,9 (±1,7)	36,9 (125)
Integralidade dos Serviços Prestados	0,0 ----- 10	7,8 (±2,4)	74,9 (254)
Orientação Comunitária	0,8 ----- 10	5,8 (±2,0)	41,0 (139)
Orientação Familiar	0,0 ----- 10	6,9 (±2,6)	66,7 (226)
Escore Essencial	3,7 ----- 9,6	7,2 (±1,1)	71,7 (243)
Escore Derivado	0,9 ----- 10	6,4 (±1,9)	48,7 (165)
Escore Geral	3,6 ----- 9,6	7,0 (±1,1)	66,1 (224)

A Tabela 4 detalha os itens que apresentaram baixo escore (<6,6) em cada um dos

atributos.

Tabela 4 – Descrição dos itens de cada atributo que apresentaram baixa orientação para a APS (escore <6,6), segundo a experiência de usuários cuidadores de crianças de 0 a 2 anos de idade. Divinópolis - MG, Brasil, 2019.

Atributo da APS	Mínimo/Máximo	Média/DP	% alto escore (n)
Acesso de Primeiro – Acessibilidade			
C2*	0,0 ----- 10	6,1 (±3,6)	66,4 (225)
C4†	0,0 ----- 10	4,4 (±3,7)	41,6 (141)
C5‡	0,0 ----- 10	5,8 (±3,8)	61,4 (208)
C6§	0,0 ----- 10	6,1 (±3,7)	59,9 (203)
Longitudinalidade			
D2	0,00 ----- 10	5,8 (±0,2)	57,8 (196)
D10¶	0,00 ----- 10	3,7 (±3,8)	31,1 (105)
D11**	0,00 ----- 10	4,7 (±3,8)	46,6 (158)
D12††	0,00 ----- 10	5,3 (±3,8)	51,9 (176)
D13‡‡	0,00 ----- 10	3,8 (±3,7)	34,2 (116)
D14§§	0,00 ----- 10	5,7 (±3,7)	56,3 (191)
Coordenação – Integração de Cuidados			
E2	0,00 ----- 10	6,0 (±4,5)	23,0 (78)
E5¶¶	0,00 ----- 10	5,7 (±4,3)	22,1 (75)
Coordenação – Sistemas de informação			
F3***	0,00 ----- 10	6,3 (±3,2)	62,8 (213)
Integralidade dos serviços disponíveis			
G2†††	0,00 ----- 10	5,4 (±3,7)	48,7 (165)
G4‡‡‡	0,00 ----- 10	3,9 (±3,1)	27,1 (92)
G5§§§	0,00 ----- 10	4,5 (±3,2)	36,6 (124)
G6	0,00 ----- 10	5,6 (±3,5)	50,1 (170)
G7 ¶¶¶	0,00 ----- 10	5,3 (±3,7)	48,4 (164)
G9****	0,00 ----- 10	3,8 (±3,0)	22,4 (376)
Orientação familiar			
I1††††	0,00 ----- 10	6,4 (±4,0)	63,1 (241)
Orientação comunitária			
J2‡‡‡‡	0,00 ----- 10	5,9 (±3,2)	53,3 (191)
J3§§§§	0,00 ----- 10	4,7 (±3,1)	39,8 (135)
J4	0,00 ----- 10	4,1 (±3,7)	31,3 (106)

Notas: *C2: Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no (a “nome do serviço de saúde”)?, †C4: Quando você chega no “nome do serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?, ‡C5: É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no “nome do serviço de saúde” quando você pensa que é necessário?, §C6: Quando o “nome do serviço de saúde” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?, ||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?, ¶D10: Você mudaria do “nome do serviço de saúde” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?, **D11: Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?, ††D12: O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?, ‡‡D13: O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o

trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?, §§D14: O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?, ||E2: O (a) “nome médico/ enfermeiro” sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”, ¶E5: Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?, ***F3: Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “nome do serviço de saúde”?, †††G2: Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais., †††G4: Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos)., §§§G5: Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de Drogas., ||||G6: Aconselhamento para problemas de saúde mental., ¶¶G7: Sutura de um corte que necessite de pontos., ****G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais., ††††I1:O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?, ††††J2: O “médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?, §§§§J3: O “médico/enfermeiro” faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?, |||||J4 – O “médico/enfermeiro” convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?

DISCUSSÃO

Dentre os participantes do estudo que apresentaram afiliação com o serviço de APS, a grande maioria (85,2% = afiliação 3 e 4) apontaram vínculo com o mesmo serviço de saúde em pelo menos duas das três questões que avaliam o grau de afiliação, assim como em outros estudos semelhantes^(6;9;14;22). O que significa que os usuários deste município reconhecem a ESF referida como sua principal porta de entrada no SUS⁽¹⁷⁾ e corresponsabiliza equipe/cuidador pelo cuidado com a saúde da criança⁽⁹⁾.

Ressalta-se que o enfermeiro da ESF foi o profissional ao qual a maior parte dos usuários referiram vínculo (73,2%). Este dado é particularmente relevante, uma vez que, o enfermeiro é considerado um dos principais aliados para a sustentabilidade do SUS devido à sua representatividade no Sistema e aos valores e visão de sua profissão⁽²³⁾, imbricada em uma filosofia e educação holística e centrada na pessoa, baseada na continuidade do cuidado e na presença constante e próxima ao usuário, além da capacidade de proporcionar o uso econômico de recursos limitados⁽²⁴⁾.

Destaca-se ainda, que 10,3% dos cuidadores indicaram vínculo com o Enfermeiro Residente. Pesquisa evidenciou que a Residência implementa novas formas de produzir saúde uma vez que “tem por premissas fortalecer e consubstanciar a implementação do SUS como política de saúde, por meio da articulação entre o mundo do trabalho e da educação e, assim, formar profissionais capazes de realizar uma assistência de qualidade baseada nos princípios e diretrizes desse Sistema”^(25:8).

O escore geral apontou para uma alta orientação para a APS ($\geq 6,6$), o que diverge dos

resultados encontrados em estudos semelhantes realizados em outras regiões do Brasil, como em cidades da própria região Sudeste^(9;13;26); Sul^(6;14) e Nordeste⁽¹¹⁾. Evidências têm apontado forte associação entre ESF e melhores resultados no que se refere a qualidade do serviço e satisfação dos usuários^(19;27) associadas a conceitos de acesso, qualidade dos serviços, eficiência no sistema e impacto na saúde e equidade⁽¹⁹⁾.

O escore essencial também alcançou valor, superior a 6,6 de modo semelhante ao encontrado na literatura^(6;14;26), enquanto o escore derivado apresentou baixa orientação para a APS. Isto indica que, na visão dos usuários, este município tem uma APS consistente no que se refere a assistência à saúde da criança menor de dois anos, ou seja possui os atributos necessários para uma APS forte⁽¹⁸⁾, no entanto ainda necessita avançar naqueles aspectos que compõem os atributos derivados de modo a qualificar o cuidado a esta população.

O atributo acesso de primeiro contato, em seu aspecto utilização, demonstrou forte orientação para a APS (escore $\geq 6,6$), com avaliação positiva para todos os itens que o compõe, enquanto o subitem acessibilidade alcançou escore inferior a 6,6, assim como em outros estudos brasileiros^(6;9;14;26). Esse achado mostra que o usuário reconhece claramente a APS como porta de entrada preferencial na RAS conforme estabelece a PNAB⁽¹⁷⁾, no entanto, ao buscar a ESF para o atendimento, ainda encontra barreiras no acesso.

No subitem Acessibilidade, as questões que apresentaram baixo desempenho se referem ao tempo de espera, tanto para marcação de consultas quanto para o atendimento na própria unidade, além de dificuldades no agendamento de consultas médicas e para obter aconselhamento pelo telefone. Um estudo demonstrou que o acesso foi o atributo da APS associado a um maior número de indicadores de qualidade da assistência, mas que, em geral, recebe as piores pontuações em processos avaliativos⁽²⁷⁾.

Estas barreiras podem ser superadas pelo estabelecimento de mecanismos que facilitem o acesso, como a disponibilidade de horário de funcionamento ampliado nas unidades, recentemente autorizado pelo MS por meio do Programa Saúde na Hora⁽²⁸⁾ e a utilização de meios de comunicação não presenciais como aplicativos, *e-mail* e telefone⁽¹⁸⁾. Destaca-se que a versão atualizada do PCATool criança publicada em abril de 2020 inseriu as ferramentas de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail*) nas questões C6 (atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade) e D2 (atributo longitudinalidade)⁽²⁹⁾.

O aumento da resolutividade das equipes também pode ser facilitada a partir do aprimoramento de seu desempenho clínico e ainda, ao planejamento da oferta de recursos humanos para a APS por meio da formação profissional voltada para as especificidades desse

campo, bem como o provimento sustentável de profissionais médicos para a APS⁽¹⁸⁾.

O atributo Longitudinalidade apresentou alto escore ($\geq 6,6$) do mesmo modo que outros estudos semelhantes^(6;9;14). A longitudinalidade, atributo relacionado a continuidade do cuidado e relações a longo prazo e confiança entre usuário e unidade/profissional^(27;30), é uma característica básica da APS com capacidade de gerar numerosos benefícios^(19;27), sendo um dispositivo requerido para a coordenação do cuidado⁽³¹⁾.

A experiência do cuidado vivenciada pelos participantes da pesquisa mostrou que o atendimento do profissional de saúde, a quem referiu vínculo, apresenta qualidade no âmbito individual ao terem avaliado positivamente as habilidades de comunicação; o tempo da anamnese; a realização do cuidado centrada no usuário com a identificação adequada da sua história pregressa e dos medicamentos em uso.

Contudo, os seis itens do atributo longitudinalidade que apresentaram baixa orientação para a APS (D2, D10, D11, D12, D13, D14) demonstram uma fragilidade no atendimento das necessidades em saúde do usuário. Para que este atributo esteja presente de forma efetiva na APS é necessário que os profissionais obtenham conhecimento profundo sobre o indivíduo, sua família e comunidade associados ao desenvolvimento de registros e informações de qualidade⁽¹⁹⁾.

Destaca-se que 68,9% (n=234) dos participantes indicaram que mudariam para outro serviço de saúde se isso fosse fácil, resultado que leva ao questionamento sobre como ocorre a produção do vínculo nas práticas de saúde: “as necessidades de saúde do usuário estão sendo atendidas mediante relações simétricas e dialógicas?”⁽³¹⁾.

O atributo coordenação, tanto para a componente integração dos cuidados quanto sistema de informação demonstraram alta orientação para a APS, do mesmo modo que outras pesquisas semelhantes realizadas no Brasil^(6;9;14;26).

Para o componente integração dos cuidados, alcançaram baixo escore ($<6,6$), os itens que questionam se o encaminhamento ao serviço especializado foi realizado pelo médico ou enfermeiro em questão e se ele buscou informações com o paciente sobre os resultados desta consulta ou serviço especializado. Resultados refletem uma falha na coordenação clínica e uma limitação na implantação estrutural da APS em que a mesma desempenhe um papel de coordenadora dos cuidados na rede^(18-19;32). Tal fragilidade pode ser amenizada com o incentivo ao trabalho colaborativo na APS e estabelecimento de complexos reguladores informatizados que contenham dados, tanto da rede pública quanto privada, de modo a reduzir as barreiras de informação e melhorar o deslocamento entre os pontos assistenciais⁽¹⁸⁾.

O atributo integralidade no componente serviços disponíveis apresentou baixa

orientação para a APS em semelhança a outros estudos ^(9;14). Os itens que apresentaram baixa avaliação foram a verificação sobre programas de assistência social, o aconselhamento para o uso prejudicial de drogas e problemas de saúde mental, a realização de identificação de problemas visuais, a realização de suturas e a suplementação nutricional.

Diante deste resultado verifica-se um distanciamento do quinto eixo estabelecido pela PNAISC, que preconiza a articulação de um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde com o objetivo de, entre outros, prevenir violências, promover a cultura de paz, além de qualificar a atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono⁽³⁾.

Cabe ressaltar que é papel da APS fazer os arranjos necessários para que o usuário receba todos os tipos de serviço de atenção à saúde mesmo que alguns deles não sejam oferecidos dentro dela⁽⁴⁾ de modo que seja capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, incluído o controle de doenças crônicas e cuidados de longa duração⁽¹⁹⁾.

Desta maneira, fica evidente que a integralidade depende não apenas do desempenho da APS, este atributo demanda diferentes níveis de complexidade nos serviços e uma integração entre eles em uma ação intersetorial, além de investimentos em recursos físicos, materiais e humanos ^(18; 28), além do apoio de uma equipe multidisciplinar⁽¹⁹⁾. Cabe ainda mencionar a necessidade de atualização do próprio PCATool⁽³³⁾ para que a avaliação deste atributo esteja mais coerente aos desafios atuais no campo da saúde da criança⁽²⁾ como, por exemplo, o item sobre suplementação nutricional ser substituído por questões que pudessem avaliar a realização de estratégias de enfrentamento da obesidade infantil.

Ao contrário dos achados de outros autores^(6;9;14;26), neste estudo, o atributo integralidade no componente serviços prestados apresentou alta orientação para APS (escore $\geq 6,6$), inclusive para todas as questões que os compõe. O que sugere que as unidades conseguem oferecer bem os serviços ainda que em menor variedade⁽³⁰⁾.

O atributo orientação familiar também alcançou alto escore ($\geq 6,6$), de modo contrário a muitos estudos semelhantes^(6;9;14;26). No entanto, o item que questiona se o médico ou enfermeiro pergunta sobre as ideias e opiniões do usuário no tratamento da criança, obteve baixa avaliação. Por outro lado, o atributo orientação comunitária, apresentou baixa orientação, da mesma forma que o demonstrado na literatura^(6;9;14;26). Os itens que apresentaram baixa avaliação foram aqueles que tratam do conhecimento do médico ou enfermeiro acerca dos problemas da vizinhança, a realização de pesquisas na comunidade e o convite à população para participação no conselho local de saúde.

Estes resultados demonstram que o cuidado realizado no âmbito da ESF ainda está

centrado no atendimento individual e nas ações intramuros, de tal forma que ainda existe uma fragilidade na escuta no sentido de compreender as necessidades dos usuários e um olhar ampliado para a família e comunidade que considere a contribuição destas para a construção do processo de cuidado⁽²⁵⁾.

É necessário avançar na organização do processo de trabalho, uma vez que a APS baseada na demanda programada a partir das necessidades de saúde do território⁽⁶⁾ e a parceria entre serviço de saúde e comunidade são valiosas estratégias para uma APS forte e resolutive⁽¹⁷⁾, para os velhos e novos problemas da saúde materna, neonatal e infantil⁽³⁴⁾, em especial aqueles destacados na PNAISC⁽³⁾.

Este estudo apresentou algumas limitações entre as quais, a avaliação apenas de unidades de ESF, sendo que a maioria da população do cenário pesquisado está adscrita em unidades de APS tradicional, o que impossibilita a comparação dos resultados entre distintas modalidades de serviços de APS; a participação apenas dos usuários na avaliação do serviço, de modo que se levanta a lacuna de como os mesmos serviços seriam avaliados sob a visão dos profissionais; e, por fim, a amostra ter sido constituída por conveniência, o que anulou a possibilidade de participação no estudo de pessoas que não compareceram no serviço de saúde nos dias e horários escalados para a coleta de dados.

CONCLUSÕES

Os resultados apontam que, na visão dos usuários cuidadores, a atenção à saúde da criança realizada nas unidades da ESF do município estudado está fortemente orientada para a APS, com a ESF altamente reconhecida como porta preferencial de entrada na RAS, mas com a necessidade de fortalecer o escore derivado, que qualifica as ações dos serviços de APS.

Fragilidades encontradas no desempenho dos atributos acessibilidade, integralidade dos serviços disponíveis e orientação comunitária, bem como, em alguns itens específicos em cada atributo avaliado, apontam para desafios que precisam ser superados com vistas à qualificação do serviço de APS de acordo com as diretrizes da PNAB e, em especial, à melhoria das condições de saúde das crianças conforme preconizado pela PNAISC. Desta forma, fica evidente a necessidade de investimento na formação de profissionais, sobretudo enfermeiros e médicos para a APS, voltada para uma prática que promova um cuidado centrado no usuário, família e comunidade, baseado em ações planejadas estrategicamente a partir de um diagnóstico situacional de saúde conforme estabelece a própria PNAB, assim como, a qualificação dos meios e os modos de comunicação entre profissionais/outros serviços e usuários para a fortalecer o vínculo, ampliar o acesso e qualificar as informações de

saúde. Também fica claro a importância de se avançar na atuação do médico da ESF nas ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, em especial da primeira infância.

Ainda cabe ressaltar a necessidade de se pensar na ampliação do escopo de ações voltadas à saúde da criança para que se possa superar os novos desafios da APS nesta área, já reconhecidos na PNAISC, o que deve ser levado em conta na elaboração de planejamento de ações e de serviços, como também, em possíveis versões atualizadas do próprio instrumento de avaliação.

Este estudo mostrou o importante papel do enfermeiro na atenção à saúde da criança na ESF, uma vez que ele foi majoritariamente reconhecido pelos usuários como o profissional de referência no atendimento à criança. De tal modo, pode-se inferir que investimento na criação de programas de incentivo, visibilidade e qualificação profissional para este profissional, como está proposto na campanha Nursing Now, podem gerar também um impacto positivo no desempenho da APS na atenção à saúde da criança e nos indicadores de saúde.

No que se refere a utilização do PCATool, o instrumento possibilitou a coleta de informações necessárias para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e possibilitou uma avaliação de sua adequação aos atributos da APS, bem como a capilaridade do serviço em implementar as diretrizes da PNAB. A identificação dos itens de cada atributo que necessitam avanços reitera a sua utilização como critério para o pagamento por desempenho, conforme o novo modelo de financiamento da APS no Brasil.

Por fim, ainda restam algumas lacunas que não puderam ser respondidas com este estudo recomenda-se a realização de novas pesquisas que busquem analisar os fatores associados ao alto desempenho dos serviços de APS na saúde da criança, segundo a experiência de usuários, profissionais e gestores; bem como a presença e extensão dos atributos da APS nas equipes de APS tradicionais e nas equipes da zona rural.

REFERÊNCIAS

1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Filho NAM, Andrade MV, Noronha, KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the Future. *The Lancet*; 2019. [Acesso em: 26 de março de 2020]. Disponível em: doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7) .

2. Branquinho ID, Lanza, FM. Saúde da Criança na Atenção Primária: Evolução das Políticas Brasileiras e a Atuação do Enfermeiro. 8.ed. Divinópolis: R. Enferm. Cent. O. Min; 2018. [Acesso em: 29 de março de 2020]. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
6. Silva C B, Paula C C, Lopes L F D, Harzheim E, Magnago T S B S, Schimith M D. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. 3.Ed. Brasília: Rev. Bras. Enferm.; 2016. [Acesso em: 02 de junho de 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>. Acesso em: 02 jun. 2019.
7. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. 2. Ed. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; 2014. [Acesso em: 02 de junho de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=en&nrm=iso>. access on 02 de junho 2019.
8. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. 3ed. Recife: Rev. Bras. Saude Mater. Infant.; 2011. [acesso em: 02 de junho de 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>.
9. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. 1.ed. Brasília: Rev. Bras. Enferm.; 2016. [Acesso em: 04 de abril de 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0054.pdf>
10. Morais JMO, Rosado FR, Santiago CMC. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos. 9.ed. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online; jul, 2017. [acesso em: 04 de abril de 2020] Disponível em: doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5575>.
11. Macedo JBM, Arcêncio RA, Wolkers PCB, Ramos ACV, Toninato APC, Furtado MCC. Fatores associados a pneumonias e diarreia em crianças e qualidade da atenção primária à saúde. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 28, e20180225, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100376&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de fevereiro de 2020.
12. Furtado MCCF, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. 2.ed. Ribirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem; abr, 2013. [acesso em 04 de abril de 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200012>.

13. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. 2ed. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2019. [acesso em 10 de fevereiro de 2020]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205010&lng=pt&nrm=iso>.
14. Santos NCCB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. 1.ed. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2018. [Acesso em: 04 de abril de 2010]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00014216>.
15. Brasil, Ministério da Saúde [homepage na internet]. Ministério da Saúde publica portaria que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho. [acesso em: 29 de março de 2020]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6594>.
16. Ministério da Saúde (BRASIL). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, novembro de 2019.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2017/prt2436_22_092017.html.
18. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. 4.ed. Washington: Rev Panam Salud Publica; jan. 2020. [Acesso em: 04 de abril de 2020]. Disponível em: [doi:10.26633/RPSP.2020.4](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4)
19. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Rio de Janeiro: Saúde debate; set, 2018. [Acesso em: 01 de abril de 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>.
20. Harzheim E, Starfield B, Rajmil, LÁDC, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. 22.ed. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; Ago. 2006. [Acesso em 30 de março de 2019] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2006000800013&script=sci_abstract&tlng=pt.
21. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
22. Oliveira VBCA, Verissimo MR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. 49.ed. São Paulo: Rev. esc. enferm.

USP; Fev. 2015. [Acesso em: 02 de junho de 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>.

23. Arcêncio RA. Nursing as the profession of the future and the foundation of universal health systems. 26. ed. São Paulo: Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2018. [Acesso em: 27 de março de 2020]. Disponível em: doi: 10.1590/1518-8345.0000.3063.

24. Crisp N, Iro E. Nursing now campaign: raising the status of nurses. *The Lancet*. 2018. [Acesso em: 27 de março de 2020]. Disponível em: doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30494-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30494-X).

25. Silva JF, Fonseca DF, Silva J, Silva J, Viegas SMF, Lanza FM. O cotidiano de trabalho da estratégia saúde da família: entre o real e o ideal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 9.ed. Divinópolis: R. Enferm. Cent. O. Min.; 2019. [acesso em: 17 de abril de 2020]. Disponível em: DOI:10.19175/recom.v9i0.3488.

26. Ponnet L, Willems S, Vyncke V, Bousquat AEM, Viana ALD, Melo GA, Demarzo M. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. 17.ed. São Paulo: Einstein; 2019. [Acesso: 10 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082019000100208&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Feb. 2020.

27. Tursi MA, Costa MFL, Macinko JA. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. *APS em Revista*; mar, 2019. [acesso em: 04 de abril, 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.13>

28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria no 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019*. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/05/2019&jornal=515&pagi>

29. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

30. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. 22. ed. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; jun, 2017. [Acesso em 31 de março de 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.

31. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Botucatu: Interface*; 2019. [Acesso em: 04 de abril de 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>.

32. Vasquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. *A*

crosssectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Social Science & Medicine*. 2017. [Acesso em: 04 de abril de 2020. Acesso em: doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001>].

33. D'Avila OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Marcelo R, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. 22.ed: *Ciênc. saúde coletiva*; março, 2017. [acesso em: 04 de junho de 2018] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300855

34. Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Kirkwood BR, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. 1.ed.: *J Glob Health*; 2017. [acesso em: 04 de abril de 2020]. Disponível em: doi:10.7189/jogh.07.010908.

6. CONCLUSÕES

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS na atenção à saúde da criança realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, sob o olhar de usuários, possibilitou a identificação de importantes aspectos destes serviços que poderão servir de subsídio para qualificação dos mesmos, mediante a tomada de decisão e planejamento de forma mais compatível à realidade do município estudado, conforme e atendendo às fragilidades apontadas em cada atributo.

Os usuários cuidadores de crianças menores de 2 anos que possuem afiliação à ESF apontaram alta orientação dos serviços na atenção à saúde da criança, resultado indicado por uma avaliação satisfatória do escore geral e essencial. A fragilidade encontrada no escore derivado mostra a necessidade de investimentos para qualificar a atenção aos indivíduos, famílias e comunidades, característica capilar da ESF.

No entanto, a avaliação de cada atributo de forma detalhada aponta para fragilidades no serviço que ainda carecem ser fortalecidas. Cabe ressaltar que os usuários que contribuíram com esta avaliação tinham, em sua maioria, alto grau de afiliação à unidade referida, ou seja, os considerava realmente como referência para a atenção à saúde de sua criança e, ainda, apontaram o enfermeiro como o profissional ao qual estavam vinculados, de modo que os resultados encontrados refletem o impacto da atuação deste profissional na atenção à saúde da criança na APS.

O atributo acesso de primeiro contato demonstrou que os usuários reconhecem e buscam a ESF como porta de entrada para a RAS, no entanto, ainda encontram algumas barreiras para acessarem os serviços de que necessitam no que se refere aos canais de contato com a unidade e ao tempo de espera para marcação de consulta médica e, na própria unidade, para receber algum atendimento.

Desta forma, recomenda-se estratégias como a ampliação do horário de funcionamento das unidades conforme as realidades locais e com o respaldo do Programa Saúde na Hora do Ministério da Saúde; a utilização de meios de comunicação pela internet que viabilizem o contato do usuário com a unidade; e a organização do atendimento da demanda espontânea e programada.

Na avaliação da longitudinalidade, ficou evidente que, na visão dos usuários, o atendimento do profissional, a quem referiu-se vínculo, apresenta qualidade no âmbito individual, mas é frágil no que se refere ao conhecimento e resposta às necessidades em saúde do usuário e sua família e também na produção do vínculo. Este último existe, em um caráter

formal, mas não reflete plena satisfação do usuário com o atendimento recebido.

Os resultados deste atributo, longitudinalidade, apontam para a necessidade de investimento e adequação da formação dos profissionais que atuam na APS, seja no âmbito acadêmico ou em educação permanente, com base na reorientação do modelo de atenção que supere a atenção centrada na doença e seja capaz de reconhecer as necessidades dos usuários e suas famílias e sobre elas conduzir a produção do cuidado. Vale ainda destacar, a necessidade de iniciativas que garantam o provimento e estratégias de fixação dos profissionais para a APS de modo a favorecer o vínculo, conforme recomenda a PNAB.

No que se refere ao profissional médico, recomenda-se uma maior participação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, visando a ampliação da atuação deste profissional para além das ações curativas.

O atributo coordenação do cuidado, apesar de apresentar alta orientação para a APS, ainda mostra fragilidades no que se refere à coordenação clínica (quando o usuário necessita de atendimento em outro ponto de atenção da RAS) de modo que o encaminhamento não ocorre necessariamente pelo profissional, a quem a criança está vinculada, e os resultados deste atendimento nem sempre são incorporados às informações de saúde do usuário na APS e na elaboração do plano de cuidados devido à ausência da contrarreferência.

Recomenda-se deste modo, a adoção de mecanismos de encaminhamento responsável de forma que se mantenha o vínculo com a unidade de APS e a mesma exerça seu papel de coordenadora do cuidado dentro da RAS, bem como a implementação de complexos reguladores informatizados que contribuam com um melhor fluxo e disponibilidade das informações e facilitem o deslocamento entre os pontos assistenciais. Por fim, cabe também, o incentivo ao trabalho colaborativo entre os diversos pontos de atenção e os profissionais que os compõe de modo a favorecer as relações de confiança e colaboração para garantir a integralidade do cuidado.

A integralidade apresentou um baixo escore para os serviços disponíveis, o que aponta para um escopo limitado de ações e serviços voltados à saúde da criança, em que aspectos como a saúde mental, uso de drogas e questões sociais não são atendidos, na visão do usuário. Este atributo, ainda evidencia uma fragilidade do próprio PCATool, que deixa de elencar algumas ações e serviços que são bastante estratégicas no enfrentamento dos atuais desafios neste setor levantadas pela PNAISC e elencadas na nova carteira de serviços da APS, entre os quais a abordagem de situações crônicas como a obesidade e atendimento a crianças vítimas de violência. A indicação é de sua atualização, considerando o novo manual do PCATool publicado pelo MS em 2020, ainda mantém os mesmos para a versão usuário-criança do

instrumento.

Desta forma, recomenda-se a realização de uma revisão da versão criança do PCATool, de modo a adequar suas questões às diretrizes da PNAISC e as ações elencadas na nova carteira de serviços da APS, de modo que sua utilização como ferramenta de avaliação possa responder de forma atualizada aos desafios vigentes na saúde da criança. Ainda emerge a recomendação da realização de um diagnóstico real e preciso das necessidades locais com vistas a adequação da carteira de serviços proposta pelo Ministério da Saúde para a atenção à saúde da criança.

O atributo orientação familiar obteve alta avaliação, enquanto a orientação comunitária teve resultado oposto. No entanto, as fragilidades encontradas nos itens que compõe estes dois atributos demonstraram um cuidado ainda centrado no atendimento individual com uma fragilidade na escuta do profissional no sentido de compreender as necessidades dos usuários e de um olhar ampliado para a família e comunidade que considere as suas contribuições para a construção dialógica do cuidado.

Neste sentido, é necessário avançar na organização do processo de trabalho a partir das necessidades do território, considerando os determinantes, os riscos e danos à saúde; impulsionar a parceria entre serviço e comunidade na resolução dos problemas e incentivar a formação e participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde. A orientação comunitária é um atributo que potencializa a implementação de ações integradas com outros setores.

Os achados deste estudo ainda apontam para necessidade de viabilizar a educação permanente e continuada da equipe multiprofissional da ESF de modo a implementar a atenção à saúde da criança centrada no usuário, na família e na comunidade, com vistas a mudança do modelo assistencial, buscando resolutividade e integralidade do cuidado mediante as necessidades de cada um/família/comunidade e do território.

Por fim, espera-se que este estudo fomenta as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento com foco na contínua qualificação da atenção à saúde da criança no município de Divinópolis. Destaca-se a necessidade da realização de estudos para verificar a presença e extensão dos atributos da APS na saúde da criança segundo a experiência dos profissionais e gestores, além dos usuários vinculados às equipes de APS tradicionais e às equipes da zona rural.

7 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 6, p.1000-7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2019.

ARAÚJO, J.P. et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Rev Bras Enferm** v. 71, n. 3, p. 1366-72, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>. Acesso em 02. Jun. 2019.

BLACK, R. E. et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. **J Glob Health.**; v.7, n.1, p. 1-7, 2017. Disponível em: doi:10.7189/jogh.07.010908. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da Criança na Atenção Primária: Evolução das Políticas Brasileiras e a Atuação do Enfermeiro. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.8, p. 1-11, 2018. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>. Acesso em: 29 mar. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União, Brasília**, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria no 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 mai. 2019a. Seção 1, p. 122.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) – Versão Profissionais de Saúde e Gestores – Resumida**. Brasília, 2019b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf.

BRASIL. Lei nº .080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set.1990. Seção 1, p.1055.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2010a. Seção 1, p. 89.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool –Brasil- 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 mai. 2016. Seção 1, p. 46.

CARDOSO, D. D. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários. 2015. [Tese] Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/133142/000985763.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 mai. 2020.

CARDOSO, D. D. et al. Presence and extension of the attributes of primary health care in public dental services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. e00004219, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v36n2/1678-4464-csp-36-02-e00004219.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

CASSADY, C. E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10742362> Acesso em: 13 jun. 2019.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the Future. **The Lancet**. v. 394, p. 345-56, 2019. Disponível em: doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 26 mar. 2020.

D'AVILA, O. P. Avaliação de Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde: análise conceitual, psicométrica e exploratória. 2016. [Tese]– Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147161/000999280.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 mai. 2020.

D'AVILA, O. P. et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>. Acesso em: 04 abr. 2020.

DAMASCENO, S.S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde colet.** v. 21, n. 9, p. 2961-73, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>. Acesso em: 02 jun. 2019.

DIVINÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Divinópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal, 2018-2021. Divinópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **JAMA**. v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**. v.19, n.12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>. Acesso em: 04 abr. 2020.

FURTADO, M.C.C.F. et al. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*; v. 21, n. 2, p. 1-8, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200012>. Acesso em 04 abr. 2020.

GARCIA, M.R.L. et al. Visitas domiciliares do enfermeiro e sua relação com a hospitalização por doenças sensíveis à atenção primária à saúde. *Esc. Anna Nery*; v. 23, n. 2, e20180285, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0285>. Acesso em: 12 mai. 2020.

GORDIS, L. *Epidemiologia*. 2.Ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. Disponível em: [doi:https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829). Acesso em: 14 jul. 2019.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>. Acesso em: 04 jun. 2019.

HAUSER, L. Aprimoramento do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool-Brasil. 2016. 219 p. [Tese]– Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2016.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013. Disponível em: [doi:https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821). Acesso em: 06 ago. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Divinópolis [acesso em 22 mai 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divinopolis/panorama>.

LANCET. The future provision of medical and allied services: an interim report of the consultative council for England. **Lancet** .v. 195, p. 1183-1187, 1920. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)92440-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)92440-1). Acesso em 04 de abril de 2020.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**; v. 11, n.3, p. 323-334, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>. Acesso em: 02 jun. 2019.

LIMA, G. L. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. spe1, p. 52-66, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s104>. Acesso em: 18 jul. 2019.

MACEDO, J. B. M.; et al. Fatores associados a pneumonias e diarreia em crianças e qualidade da atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 28, p. 1-18. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0225>. Acesso em 10 de fevereiro de 2020.

MAGALHÃES, M. L. et al. Desafios da mortalidade infantil e na infância. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 19, n. 2, p. 365-371, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013> . Acesso em: 02 jun. 2019.

MELLO, D. F; SILVA, R. M. M. ; PANCIERI, L. Êxito técnico e sucesso prático em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, p. 13-22, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/46/60>. Acesso em: 15 maio 2020

MORAIS, J. M. O.; ROSADO, F. R.; SANTIAGO, C. M. C. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos. 9.ed. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**; v. 9, n.3, p. 848-856, 2017. Disponível em: [doi:http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5575](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5575). Acesso em: 04 abr. 2020.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. PCATool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida. *Revista Brasileira De Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 256-263, 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/823>. Acesso em: 25 mar. 2020. Acesso em: 15 mai. 2020.

OLIVEIRA, M. M. C. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERISSIMO, M. L. O. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev. esc. enferm. USP**; v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>. Acesso em: 02 jun. 2019.

O'NEILL, B. et al. Identifying top 10 primary care research priorities from international stakeholders using a modified Delphi method. **PLoS One**. v.13, n. 10, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206096>. Acesso em: 09 ago. 2019.

PINA, J. C. et al. Presence and extent of the primary health care attributes among children hospitalized for pneumonia. **Rev. Latinoam. Enferm.** v.23, n. 2, p. 512-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0502.2582>. Acesso em: 04 abr. 2020.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta paul. enferm.**; v. 29, n. 6, p. 610-617, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600086>. Acesso em: 17 abr. 2020.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**; v. 34, n. 1, p. 1-12; 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00014216>. Acesso em: 04 abr. 2020.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool> Acesso em: 16 abr. 2020.

SILVA, SA; FRACOLLI, L.A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**; v. 69, n. 1, p. 54-61, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>. Acesso em 02 jun. 2019.

SILVA, C. B.; et al. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. **Rev. Bras. Enferm.**; v. 69, n. 3, p. 522-31.2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cad. Saúde Pública**; v. 35, n. 2, p.1-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00095418>. Acesso em: 10 fev. 2020.

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

STARFIELD, B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**; v. 44, p. 1- 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>. Acesso em: 04 abr. 2020.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Cuidados Primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

VICTORA, C. G. V. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Série saúde no Brasil. **Lancet**. v. 6736, n. 11, p. 32-46, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf. Acesso em: 02 jun. 2019.

WHO. World Health Organization. UNICEF. United Nations Children's Fund. **Declaration of Astana**: global conference on primary health care. Astana, 2018.

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados

PESQUISA: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA SEGUNDO A VISÃO DOS USUÁRIOS

Nº do participante _____
 Data da entrevista: ____/____/____
 Entrevistador: _____
 Unidade de saúde: _____

PARTE 1: Dados sociodemográficos da família e criança

Dados do entrevistado

DS1 - Entrevistado: <i>(identificar se o cuidador é a mãe/pai da criança ou outro cuidador)</i> (1) mãe (2) pai (3) avós (4) outro cuidador
DS2 - Sexo do cuidador: (1) Masculino (2) Feminino
DS3 - Qual a sua idade? Idade (em anos): _____
DS4 - Você estudou até que série? <i>(anotar a resposta em anos de estudo):</i> _____ anos
DS5 - Você trabalha fora? (1) Sim (2) Não
DS6 - Qual sua fonte de renda? (1) Trabalhador autônomo (2) Trabalha com carteira assinada (3) Desempregado
DS7 - Recebe benefício do governo? (1) Sim (2) Não
DS8 - Qual o seu estado civil? (1) Casado (2) Solteiro (3) Divorciado (4) União estável
DS9 - A casa em que a criança mora é: (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Outro
DS10 - A criança é cadastrada nesta unidade de saúde? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
DS11 - Se não, em qual unidade ela é cadastrada? _____
DS12 - Data de nascimento da criança: __/__/____
DS13 - Sexo da criança: (1) Masculino (2) Feminino
DS14 - A criança possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não
DS15 - Qual o tipo de parto pelo qual a criança nasceu? (1) Normal (vaginal) (2) Cesárea (3) Fórceps (4) Não sabe/ não respondeu
DS16 - A mãe da criança fez pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
DS17 - Aonde foi realizado o pré-natal? (1) ESF (2) UBS (3) Policlínica (PN de alto risco) (4) serviço privado (5) outro
DS18 - A criança já precisou ser hospitalizada <i>(internada)</i> ? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
DS19 - Se sim, por qual motivo? _____ Código ICSAP: _____

PARTE 2 - 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 leia as alternativas.*)

- Não
 Sim

Nome do profissional e serviço de saúde aonde ele atende (*no caso de serviço particular, especificar*):

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

Nome do profissional e serviço de saúde aonde ele atende (*no caso de serviço particular, especificar*):

A3 – Há um médico/ ou enfermeiro 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 e serviço de saúde aonde ele atende (*no caso de serviço particular, especificar*):

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 (*no caso de serviço particular, especificar*):

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5 - _____
 (“nome do médico/enfermeiro e serviço de saúde”). (*Vá para a Seção B*)

Grau de afiliação conforme o algoritmo do PCATool **(1) (2) (3) (4)**

DADOS COMPLEMENTARES PROFISSIONAL/UNIDADE

DC1: Qual o vínculo do profissional com a unidade de saúde? **(1) Enfermeiro da ESF (2) Enfermeiro residente (3) Médico ESF**
(4) ACS (5) Médico enfermeiro ESF (6) Técnico de enfermagem

DC2: Qual o vínculo empregatício do profissional? **(1) Contratado (2) Concursado**

DC3: A equipe desta unidade está completa? **(1) Sim (2) Não**

DC4: A unidade participou do ciclo do PMAQ nos últimos 3 anos? **(1) Sim (2) Não**

DC5: A unidade conta com residente de enfermagem? **(1) Sim (2) Não**

DC6: A unidade conta com residente de medicina? **(1) Sim (2) Não**

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

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

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

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

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

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

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”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”					
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?					
D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?					
D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?					
D5 - O (a) “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?					
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao					

médico/enfermeiro”?					
D7 – O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde? (<i>Explicação: sabe aonde mora, se estuda, quais são os outros membros da família...</i>)					
D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança? (<i>Explicação: sabe se nasceu prematuro ou não, se já precisou internar, o histórico alimentar...</i>)					
D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?					
D10 - Você mudaria do “nome do serviço de saúde” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?					
D11 - Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem? (<i>Explicação: sabe quem são os membros da família, quem trabalha e aonde...</i>)					
D12 — O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família? (<i>Explicação: sabe se alguém tem doença crônica, se tem algum familiar acamado, que necessite de atenção especializada...</i>)					
D13 — O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?					
D14 — O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?					

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”?

() Sim (**Continue**)

() 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 médico/ enfermeiro” sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”					
E3 – O (a) “nome médico/ enfermeiro” sabe que sua criança fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?”					
E4 – O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta? (<i>Explicação: diagnóstico, orientações, exames solicitados, procedimentos realizados...</i>)					
E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? (<i>Explicação: perguntou como foi, se houve algum procedimento, se foi solicitado algum novo exame, o que foi orientado...</i>)					
E6 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado? (<i>Explicação: perguntou se você ficou satisfeita, se você conseguiu expor todas as queixas e se elas foram respondidas...</i>)					

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 “médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? <i>(Exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, sumário de alta, resultado de exames laboratoriais e/ou imagem, carteira de vacinação)</i>					
F2. Quando você leva sua criança no (a) “nome do serviço de saúde”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?					
F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “nome do serviço de saúde”?					

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” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

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

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

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 “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()	3()	2()	1()	9()
H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4()	3()	2()	1()	9()
H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. <i>(Por exemplo, quando a criança vai segurar objetos, bater palmas/dar tchau, caminhar, controlar o xixi...)</i>	4()	3()	2()	1()	9()
H4 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	4()	3()	2()	1()	9()
H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas	4()	3()	2()	1()	9()

do fogão.					
-----------	--	--	--	--	--

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 ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?					
I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão, diabetes, hipertensão)?					
I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?					

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” faz visitas domiciliares?					
J2 – O “médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?					
J3 – O “médico/enfermeiro” faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? <i>Explicação: vem perguntar na sua casa e dos seus vizinhos sobre os problemas que vocês possuem?</i>					
J4 – O “médico/enfermeiro” convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)? <i>Explicação: reunião com as pessoas da comunidade para discussão dos problemas e necessidades de saúde.</i>					

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Nº do participante _____

PESQUISA: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA SEGUNDO A VISÃO DOS USUÁRIOS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Atributos da atenção primária à saúde na atenção à saúde da criança segundo a visão dos usuários**”, que tem como objetivo avaliar a assistência à saúde da criança no município de Divinópolis-MG no âmbito da APS. Tal pesquisa, é realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao departamento de pós graduação da Universidade Federal de São João Del Rei-UFSJ com vistas a dissertação de mestrado. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para descrição do perfil sociodemográfico e um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita na unidade de saúde ou na sua casa e para tanto, contamos com cerca de 40 min da sua atenção.

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

Os riscos deste estudo são mínimos, sendo eles o de constrangimento por não conhecimento do tema abordado ou a quebra de sigilo, privacidade e confidencialidade das informações obtidas no estudo, mas será garantido que seus dados serão utilizados apenas para fins científicos, mantendo o anonimato e ainda, você não será obrigado a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade. Serão também adotadas as seguintes medidas preventivas destes riscos: a garantia de que o entrevistador esteja devidamente treinado, a suspensão da entrevista ao perceber-se ansiedade excessiva ou outra intercorrência, a garantia do anonimato. O pesquisador tratará a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo que será mantido pela adoção de um número de identificação.

Os dados coletados serão armazenados por cinco anos bem como a comprovação de seu aceite em participar da pesquisa, possibilitando o esclarecimento de possíveis dúvidas que venham a surgir. No risco eventual na geração de dano ou efeito moral, como quebra de sigilo, apesar da adoção de cuidados para que isso jamais ocorra, os pesquisadores assumem a responsabilidade pelo ressarcimento justo firmado em juízo. Você não terá gastos para participar deste estudo, mas no caso disso ocorrer, os gastos serão assumidos pelos pesquisadores, da mesma forma, a sua participação não acarretará nenhuma compensação financeira adicional.

Será garantido total sigilo e a obtenção de esclarecimentos sempre que você desejar. No que se refere ao risco de constrangimento, caso ocorra, você será encaminhado para o serviço de psicologia do município para o devido atendimento. O participante será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento, ou interromper a participação em qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O participante não será identificado em nenhuma publicação que resulte deste estudo. O TCLE será impresso em duas vias, a serem assinadas e rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

Eu, _____, fui informado sobre. Recebi informação a respeito dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclarecia as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado

quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

A professora orientadora Fernanda Moura Lanza certificou-me de que todos os dados desta pesquisa são confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar a mestrandia Isabella Duarte Branquinho, a professora orientadora Fernanda Moura Lanza, ou o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João Del Rey Campus Centro-Oeste CEPES/CCO, Local: sala 304 – prédio da Biblioteca do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da UFSJ.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do participante	Data
Nome	Assinatura do pesquisador	Data

Dados dos pesquisadores:

Isabella Duarte Branquinho. CPF: 089319446-83. Rua José Barreto, 171, Santo Antônio dos Campos. Divinópolis-MG. Telefones (37) 99921-3096; e-mail: isabelladubranquinho@gmail.com

Profa. Dra Fernanda Moura Lanza -Pesquisadora Responsável: (37)3221-1267 UFSJ/CCO; e-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br.

Universidade Federal de São João Del Rei -Campus Centro Oeste Dona Lindu
Avenida Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 302.1 bloco D.
Bairro Chanadour, Divinópolis, MG. CEP: 35501-296

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei Campus Centro-Oeste CEPES/ CCO

Local: Sala 301 – Prédio da Biblioteca com Campus Centro Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei

Coordenadora – Prof^ª Luciana Estefani Drumond de Carvalho

Tel: (37) 3690-4491 E-mail: cepco@ufsj.edu.br

ANEXO A

Carta de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde



**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**



CARTA DE AUTORIZAÇÃO COLETA DE DADOS

Eu, Inês Alcione Guimarães, Diretora de Atenção à Saúde, autorizo a realização do projeto intitulado “**Atributos da atenção primária à saúde na atenção à saúde da criança segundo a visão dos usuários**”

Os pesquisadores devem se comprometer a garantir e preservar as informações de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG, garantindo a confidencialidade de pacientes e profissionais. Devem concordar igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e o resultado final deve ser retornado a esta Secretaria.

Divinópolis, 17 de outubro de 2018

Inês Alcione Guimarães
Diretora de Atenção à Saúde

Inês Alcione Guimarães
Diretora de Atenção à Saúde
Mat. 97033596

ANEXO B

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA SEGUNDO A VISÃO DOS USUÁRIOS

Pesquisador: Fernanda Moura Lanza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02561118.0.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.090.646

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo, com delineamento transversal, baseado no modelo metodológico de avaliação de Donabedian. Será realizado no município de Divinópolis, localizado na região Centro-Oeste de Minas Gerais, com os usuários (responsáveis) pelas crianças de zero a dois anos de idade, cadastradas nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidades de atenção básica tradicionais (eAB) do município de Divinópolis localizadas na zona urbana e que possuem mais de um ano de existência na data de início da coleta de dados.

A escolha dos participantes será feita por meio de amostragem probabilística, considerando um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, admitindo-se uma prevalência de 50% do evento estudado (ter a Unidade de Saúde da Família como

principal fonte de cuidado da criança). Com base nisso, a amostra calculada é de 375 participantes. A seleção das crianças será feita por meio de sorteio entre aquelas que estiverem cadastradas nas unidades, as quais também serão escolhidas aleatoriamente, considerando a proporção de crianças cadastradas em cada unidade

de saúde do município.

Serão considerados os critérios de inclusão: cuidadores principais (que prestam cuidados a criança continuamente) que apresentem condições mínimas de compreensão para responderem os questionários e que já estiveram com a criança para atendimento na unidade ao menos uma vez.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.090.646

Serão considerados como critérios de exclusão: cuidadores não encontrados no domicílio após 2 tentativas e cuidadores com idade inferior a 18 anos.

O estudo será realizado a partir de dados obtidos através dos seguintes instrumentos: formulário com questões direcionadas contendo dados sociodemográficos da mãe/cuidador e com questões direcionadas contendo dados sociodemográficos e dados clínicos da criança (pré-natais, dados obstétricos, neonatais, condição de saúde e morbidade) e o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) -versão criança.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral/primário Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária na assistência à saúde da criança no município de Divinópolis-MG segundo a visão dos usuários (cuidadores).

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as mães ou cuidadores das crianças menores de 2 anos no atendidas pela ESF em relação aos aspectos sociodemográficos.
- Caracterizar as crianças menores de 2 anos, atendidas pela ESF em relação aos aspectos sociodemográficos e clínicos.
- Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS no município de Divinópolis pela visão do usuário/cuidador em relação à saúde da criança.
- Investigar a associação entre os dados clínicos, os sociodemográficos e a presença e extensão dos atributos da APS para a saúde da criança.
- Comparar a presença e a extensão dos atributos da APS para a saúde da criança segundo a modalidade do serviço de APS (equipe Saúde da Família e equipe de Atenção Básica).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento por não conhecimento do tema abordado ou a quebra de sigilo, privacidade e confidencialidade das informações obtidas no estudo.

Benefícios:

O usuário poderá contribuir com o conhecimento da presença e extensão dos atributos da APS na saúde da criança, o que será uma fonte de informação valiosa para os profissionais e gerentes do SUS, visando a organização do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, bem escrita e fundamentada. Para a completa observância dos aspectos éticos

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.090.646

previstos na resolução 466/2012 não faz-se necessários ajustes nos textos referentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos/termos

- Apresentou a folha de rosto apresentada assinada e carimbada
- Apresentou a declaração de infraestrutura em papel timbrado com assinatura e carimbo
- Apresentou o instrumento de coleta de dados completo.
- Apresentou o TCLE - adequado.
- Apresentou o Check list assinado e checado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP orienta que, conforme consta na Resolução CONEP n. 466/2012 em seu Capítulo III.2 item "m" que o pesquisador deve: "comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;"

O Relatório Parcial deve ser submetido ao Sistema CEP/CONEP a cada seis meses do desenvolvimento da pesquisa e ao término da pesquisa, deverá ser encaminhado o Relatório Final.

Maiores informações: http://www.ufsj.edu.br/cepes_cco/relatorio_parcial_e_final.php

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1247611.pdf	11/12/2018 10:02:16		Aceito
Outros	Carta.pdf	11/12/2018 10:01:21	Fernanda Moura Lanza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_TCLE_atualizado.pdf	03/12/2018 13:01:38	Fernanda Moura Lanza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_consentimento_atualizado.pdf	03/12/2018 13:01:13	Fernanda Moura Lanza	Aceito

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br