



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

BARBARA DE ANDRADE ALVES

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DA CRIANÇA EM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

---

Londrina  
2013

BARBARA DE ANDRADE ALVES

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DA CRIANÇA EM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mauren Teresa  
Grubisich Mendes Tacla.

Londrina  
2013

**Catlogação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

A474a Alves, Barbara de Andrade.

Avaliação da efetividade da atenção primária à saúde da criança em município do sul do Brasil / Barbara de Andrade Alves. – Londrina, 2013.  
125 f. : il.

Orientador: Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla.

Co-orientador: Edilaine Giovanini Rossetto.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. Inclui bibliografia.

1. Cuidados primários de saúde – Teses. 2. Crianças – Cuidado e higiene – Teses. 3. Serviços de saúde para crianças – Avaliação – Teses. 4. Enfermagem – Teses. I. Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes. II. Rossetto, Edilaine Giovanini. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDU 616-083:614.2(81)

BARBARA DE ANDRADE ALVES

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DA CRIANÇA EM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina UEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra Mauren T. Grubisich  
Mendes Tacla  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Profa. Dra Beatriz R. G. de Oliveira Toso  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná –  
UNIOESTE

---

Profa. Dra Sarah N. D. Hegeto de Souza  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 3 de dezembro de 2013.

## ***DEDICATÓRIA***

*Aos meus pais, Helvecio e Valdete,  
exemplos de força e dedicação, que  
me ensinaram valores cristãos e  
morais e promoveram com atenção e  
carinho meu crescimento pessoal e  
profissional.*

*À minha irmã, Fernanda, pelo apoio  
e afeto constante, por sempre me  
dizer que tudo daria certo.*

*Amo Muito Vocês!!!*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus,  
por guiar e iluminar meu caminho e dar forças para vivenciar cada  
nova experiência, Ele que me deu a vida, a sabedoria e mais essa  
oportunidade de crescimento.*

*À toda minha família, pelas palavras de apoio e incentivo, por me  
amarem incondicionalmente, e serem meu alicerce e confiança.*

*À Professora Doutora Mauren T. G. Mendes Tacla,  
pela orientação, atenção e dedicação ao meu projeto, e a Co-  
Orientadora Edilaine Giovanini Rossetto, por terem aceitado me  
orientar e compartilhar suas experiências para que esta dissertação se  
concretizasse. Em cada detalhe vocês demonstram sabedoria,  
generosidade e amor pelo que fazem. Obrigada por tudo!*

*Às Professoras Doutoras Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso e  
Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza por aceitarem o convite e  
integrarem a banca desta dissertação. Pela contribuição com seus  
valiosos conhecimentos e visão crítica muito bem colocada para  
melhor adequação deste trabalho.*

*À diretora de enfermagem do Hospital Eulalino Ignácio de Andrade -  
Zona Sul, Juranda Maia Miranda, por incentivar meu crescimento  
acadêmico e compreender meus compromissos com o mestrado.*

*Às alunas da graduação, PIC e PIBIC por auxiliarem na pesquisa e  
sempre estarem dispostas e me animando no processo de conclusão do  
estudo.*

*Ao Professor Dalmas da estatística,  
por ser prestativo e fornecer os dados estatísticos necessários para  
melhor caracterizar esta pesquisa.*

*Aos colaboradores da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Londrina, pela oportunidade de trabalhar nas Unidades do município.*

*Aos colegas do curso de mestrado em enfermagem e os docentes do mesmo, pelas várias orientações, contribuições e incentivo no processo.*

*Aos amigos, que são os irmãos que escolhemos que compreenderam a ausência, o cansaço, e oraram pelo meu melhor desempenho.*

*“Cada vez que você faz uma  
opção está transformando sua  
essência em alguma coisa um  
pouco diferente do que era antes.”*

*C. S. Lewis*

ALVES, Barbara de Andrade. **Avaliação da efetividade da atenção primária à saúde da criança em município do sul do Brasil**. 2013. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

## RESUMO

A Atenção Primária em Saúde é o nível do sistema de saúde que oferece a entrada no serviço para todas as necessidades e problemas. Pode ser considerada um agrupamento de valores como, direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; princípios de responsabilidade do governo, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social e também deve ser tratada como um conjunto fixo de pontos de estrutura, atributos, do sistema de serviços de saúde. A criança, em seu contexto familiar e comunitário está sujeita a variações em seu processo saúde-doença e também é afetada quando o serviço se encontra enfraquecido. É nesse contexto que se indaga quanto à qualidade da Atenção Primária à Saúde, aos avanços e dificuldades na operacionalização de práticas e ações, bem como o efeito ou impacto das estratégias para o grupo infantil. Tendo em vista este cenário, o presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de orientação da atenção primária à saúde da criança em unidades básicas de saúde do município de Londrina-PR. Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva, avaliativa de caráter quantitativo, parte de um estudo multicêntrico realizado nas cidades de Londrina e Cascavel no estado do Paraná e João Pessoa na Paraíba. Este estudo foi desenvolvido em todas as 39 Unidades Básicas de Saúde existentes na área urbana do município. A população do estudo foi composta de familiares e/ou cuidadores legais de crianças, menores de doze anos. A partir dos dados levantados, foi estimado o tamanho da amostra de 609 familiares, para a aplicação do questionário socioeconômico e o instrumento Primary Care Assessment Tool - Brasil versão criança. Os resultados e a discussão foram organizados sob a forma de dois artigos científicos. O primeiro, —*Avaliação do Grau de Afiliação e Longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde da Criança*, consiste na avaliação do Grau de Afiliação e do atributo Longitudinalidade, e o segundo, —*Avaliação do Acesso, Coordenação e Integralidade na Atenção Primária à Saúde da Criança em Município do Sul do Brasil*, avaliando os atributos, Acesso, Coordenação e Integralidade. Diante do exposto, a pesquisa demonstrou que a avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde da Criança no município em questão, foi satisfatória, com escores maiores que 6,6, para Acesso de Primeiro Contato – Utilização (9,4), Coordenação – Integração dos cuidados (7,4), Coordenação – Sistema de informações (7,6) e Integralidade – Serviços prestados (6,9), os demais atributos não obtiveram um bom grau de orientação da Atenção Primária à Saúde da Criança, recebendo valores de escores não satisfatórios, sendo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (4,8), Longitudinalidade (6,1) e Integralidade – Serviços disponíveis (6,5). Os dados deste estudo poderão auxiliar na comparação com os dados obtidos nos outros centros que fazem parte desta pesquisa, relacionando com os diferentes modelos da APS adotados, assim como com outros já publicados, fazendo parte do conjunto científico da área e ainda contribuir com os gestores municipais para o planejamento de ações na atenção primária à saúde da criança.

**Palavras-chave:** Avaliação de serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Serviços de saúde. Saúde da criança.

ALVES, Barbara de Andrade. **Evaluation of the Effectiveness of Primary Child Health County in southern Brazil.**2013. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013

## ABSTRACT

The Primary Health Care is the level of the health system that provides entry into service for all needs and problems . Can be considered as a grouping of values , right to the highest attainable standard of health , solidarity and equity; principles of government accountability , sustainability , intersectionality, social participation and should also be treated as a fixed point set structure , attributes , the health service system. The child in his family and community context is subject to changes in their health-disease process and is also affected when the service is weak . It is in this context that asks about the quality of Primary Health Care , the advances and difficulties in operationalizing practices and actions , as well as the effect or impact of strategies for child group. Given this scenario , the present study aimed to evaluate the degree of orientation of the primary health care of children in basic health units in Londrina - PR . Therefore, a descriptive, evaluative quantitative character, part of a multicenter study conducted in the cities of Londrina and Rattlesnake in the state of Paraná and Joao Pessoa in Paraiba was performed . This study was conducted in all 39 Basic Health Units in the existing urban area . The study population was composed of relatives and / or legal caregivers of children under twelve years. From the data collected , we estimated the sample size of 609 families , for the implementation of socioeconomic questionnaire instrument and Primary Care Assessment Tool - Brazil child version . The results and discussion were organized in the form of two papers . The first , "Assessment of the Degree of Affiliation and Longitudinality of Primary Children's Health " , is the evaluation of the Degree of Affiliation and Longitudinality attribute, and the second , "Evaluation of Access , Coordination and Completeness at Primary Children's Health County in Southern Brazil " , evaluating the attributes , Access , Coordination and Completeness. Given the above , research has shown that evaluation of the attributes of Primary Children's Health in the municipality in question was satisfactory, with scores higher than 6.6 , Access to First Contact - Using ( 9.4 ) , Coordination - Integration care ( 7.4 ) , Coordination - information system ( 7.6 ) and Completeness - Services ( 6.9 ) , the other attributes not had a good degree of orientation of Primary Children's Health , receiving values unsatisfactory scores , with access to First Contact - Accessibility ( 4.8 ) , Longitudinality ( 6.1 ) and Completeness - Services at ( 6,5 ). Data from this study may assist in comparison with data obtained in other centers that are part of this research, relating to the different models of PHC adopted, as well as other previously published as part of the scientific assembly of the area and contribute to the managers municipal planning actions in the primary care of the child.

**Keywords :** Evaluation of health services. Primary health care. Health service. Child health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – O Sistema de serviços de saúde.....	34
<b>Quadro 1</b> – Relação dos atributos essenciais quanto à estrutura e processo .....	53

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Composição da amostra em relação à população segundo o estudo multicêntrico entre Londrina, Cascavel e João Pessoa .....	47
<b>Tabela 2</b> – Composição da amostra em relação à população segundo a região de Londrina .....	48
<b>Tabela 3</b> – Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região central.....	48
<b>Tabela 4</b> – Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região leste.....	49
<b>Tabela 5</b> – Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região norte .....	49
<b>Tabela 6</b> – Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região oeste.....	50
<b>Tabela 7</b> – Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região sul.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
ASMS	Autarquia do Serviço Municipal de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERUS	Gerência de Unidades de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PROCAF	Programa Comunitário de Atenção à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

1.	<i>MOTIVAÇÃO PELO TEMA DE PESQUISA</i> .....	13
2.	<i>INTRODUÇÃO</i> .....	15
3.	<i>REVISÃO DA LITERATURA</i> .....	19
3.1.	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	20
3.2.	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b> .....	24
4.	<i>OBJETIVOS</i> .....	28
4.1.	OBJETIVO GERAL .....	29
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
5.	<i>REFERENCIAL TEÓRICO</i> .....	30
5.1.	<b>A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR STARFIELD E AS BASES TEÓRICAS DE DONABEDIAN</b> .....	31
6.	<i>METODOLOGIA</i> .....	40
6.1.	<b>TIPO DE ESTUDO</b> .....	41
6.2.	<b>CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO CENÁRIO DO ESTUDO</b> .....	41
6.2.1.	<b>Histórico e localização</b> .....	41
6.2.2.	<b>Coordenadas Geopolíticas</b> .....	42
6.2.3.	<b>A Saúde em Londrina</b> .....	43
6.3.	<b>LOCAL DO ESTUDO</b> .....	46
6.4.	<b>POPULAÇÃO E AMOSTRA</b> .....	46
6.5.	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b> .....	52
6.6.	<b>VARIÁVEIS</b> .....	52
6.7.	<b>COLETA DOS DADOS</b> .....	52
6.7.1.	<b>O Instrumento</b> .....	52
6.8.	<b>ANALISE DOS DADOS</b> .....	54
6.9.	<b>QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA</b> .....	54

7.	<i>RESULTADOS E DISCUSSÃO</i> .....	56
7.1	<i>ARTIGO 1</i> .....	58
7.2.	<i>ARTIGO 2</i> .....	75
8.	<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> .....	97
	<i>REFERÊNCIAS</i> .....	100
	<i>APÊNDICES</i> .....	106
	<b>Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE</b> .....	107
	<b>Apêndice B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO</b> .....	108
	<i>ANEXOS</i> .....	109
	<b>ANEXO A - Perfil sociodemográfico e econômico da família da criança atendida nas 39 unidades básicas de saúde de LONDRINA- PR.</b> .....	110
	<b>ANEXO B – Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde PCAtool – Brasil versão criança</b> .....	114
	<b>ANEXO C</b> .....	124

*1. MOTIVAÇÃO PELO  
TEMA DE PESQUISA*

Foi um singelo abraço que recebi de uma criança na unidade de Pediatria durante o estágio na graduação da Universidade Estadual de Maringá (UEM), após ela ter passado por um procedimento invasivo, que despertou em mim a vontade e o objetivo de aperfeiçoar meus conhecimentos para poder, dentro da enfermagem, cuidar melhor desses pequenos pacientes.

Assim iniciei a pós-graduação na modalidade Residência, em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Durante os dois anos em que estive no curso, adquiri novos conhecimentos e me capacitei para o cuidado da criança em várias áreas tais como, pediatria, unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, centro de tratamento de queimados, quimioterapia, banco de leite humano e na atenção primária à saúde.

Com essa abrangência de áreas me apaixonei ainda mais pela saúde da criança, percebi o quanto era importante saber agir no seu processo de internação, como estar em um hospital modificava as rotinas dos pequeninos, causando traumas, tristeza, afetando seu lado psicológico e também do cuidador. Então passei a me perguntar, será que a internação dessas crianças não poderia ter sido evitada?

Era muito prazeroso, durante o estágio nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), vê-las tranquilas durante a consulta de puericultura. Mesmo se necessitavam de consulta com o pediatra, quando a patologia ainda estava no início, o cuidador era orientado para o tratamento em casa e as crianças podiam manter seu ambiente, alimentação, rotina e pessoas queridas por perto.

Por que a procura pelas Atenções Secundária e Terciária era tanta? Será que a Atenção Primária não estava conseguindo atender a todos que necessitavam? As orientações que eu conseguia oferecer nas puericulturas sobre alimentação saudável, aleitamento materno, segurança da criança, higiene, aconteciam em todas as UBS de Londrina, e se sim, como estavam sendo absorvidas pelo cuidador?

Percebi que os atributos que envolviam a Atenção Primária à Saúde (APS) estivessem em harmonia e sendo oferecidos para a população infantil, esta estaria ali recebendo a promoção da saúde, o cuidado, a reabilitação e a continuidade de tratamento. Desse modo, as crianças teriam uma maior chance de crescerem e se desenvolverem de forma mais saudável e muitas internações poderiam ser evitadas.

Essas inquietações me estimularam a realizar uma pesquisa que buscasse avaliar a efetividade da APS da criança no município de Londrina.

## *2. INTRODUÇÃO*

O cuidado a criança é complexo, multidimensional e sofre influência de diversos e distintos fenômenos nas ações do cuidar, o processo da assistência à saúde da criança é amplo, e necessita de uma base fortalecida, integrada, ordenada e de fácil acesso. (SOUSA; ERDMANN, 2012).

Várias evidências embasam a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora de um sistema de saúde, isto é, que os serviços que conformam as Redes de Atenção à Saúde sejam estruturados de acordo com as necessidades de saúde da população, podendo iniciar ali o principal cuidado para a saúde da população infantil (MENDES, 2011).

A Atenção Primária à Saúde como estratégia populacional consiste no comprometimento dos governos em atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços — e/ou políticas — sociais (STARFIELD, 1992). Ela oferece a entrada no serviço para todas as necessidades e problemas. Fornece atenção sobre a pessoa para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros, sem necessariamente direcionar para a doença (STARFIELD, 2002).

A APS é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (**acesso de primeiro contato**), caracterizando-se, principalmente, pela **longitudinalidade, integralidade** da atenção e **coordenação do cuidado** dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a **orientação familiar e comunitária** e a **competência cultural**. Essa definição explicita os atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo nacional de Atenção Primária à Saúde, definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e visa à efetivação dos atributos essenciais da atenção primária à saúde, a fim de alcançar a resolutividade desejada em face dos principais problemas de saúde da população (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Em todo o país, a ESF vem ampliando sua abrangência desde 1994, quando teve início como programa do Ministério da Saúde com o objetivo de reorganizar os sistemas locais de saúde para a superação do modelo assistencialista hospitalocêntrico vigente, concretizando os princípios constitucionais do Sistema

Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Porém, quando a APS se encontra enfraquecida acarreta consequências que podemos observar no processo de saúde e doença da população. No município de Londrina a cobertura da Estratégia Saúde da Família era no ano de 2006 de 76%, atualmente conta com uma cobertura de 57%, sendo visível a diminuição da força dessa política, acarretando superlotação nos outros serviços, secundários e terciários, com internações desnecessárias e maiores complicações para o usuário (LONDRINA, 2006, 2013).

Estudo realizado em Cascavel, PR, mostrou que 49,6% das crianças hospitalizadas tiveram como causa da internação as doenças respiratórias, consideradas de hospitalização evitável e sensíveis à efetividade da atenção básica (TOSO, 2011). Em Londrina-PR, pesquisa mostrou que 80% das crianças hospitalizadas tiveram como tempo de internação no máximo 7 dias, como causa da internação as doenças respiratórias e parasitárias, consideradas de hospitalização evitável e sensíveis à efetividade da atenção básica. Em âmbito nacional, mais de 50% das hospitalizações ocorrem pelo mesmo motivo (COSTA, 2012).

É nesse contexto que se indaga quanto à qualidade da atenção à saúde da criança prestada na APS, aos avanços e dificuldades na operacionalização de práticas e ações, bem como o efeito ou impacto das estratégias para o grupo infantil.

As políticas públicas brasileiras têm procurado ampliar a assistência à saúde para além do modelo biomédico, que é baseado na doença e seu tratamento. Documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), relacionados à saúde da criança, apoiam essas políticas com vistas a atender as necessidades das crianças (FURTADO et al, 2013).

O compromisso é fornecer assistência integral, desenvolvendo ações para prevenir danos e dando assistência para reduzir a mortalidade infantil e oferecer qualidade de vida às crianças para que as mesmas alcancem seu potencial pleno. Dessa forma, os documentos do MS procuram dar suporte à organização da assistência prestada à população infantil e, ao mesmo tempo, propiciar que os gestores dos serviços de saúde e profissionais da saúde identifiquem ações prioritárias para a saúde da criança. As diretrizes para identificação de assistência integral são baseadas no bom funcionamento dos serviços de saúde da criança em

nível local para atingir resultados mais satisfatórios para essa população (FURTADO et al, 2013).

No município de Londrina no estado do Paraná, o índice de mortalidade infantil atualmente é de 9,54% com queda em relação ao ano de 2010 que apresentava o valor de 11%, tendo como políticas do município implantadas relacionadas à Saúde da Criança, o Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; Programa Saúde na Escola; Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno/Comitê de estímulo ao Aleitamento Materno, Atendimento a vítima de violência a criança e ao adolescente, Programa de Suplementação de Vitamina A e Ferro (LONDRINA, 2013).

A avaliação dos programas e serviços de saúde têm adquirido grande importância e relevância em decorrência da visão de que a organização e a gestão da prestação de serviços podem ser consideradas de formas diferentes, especialmente em relação à atenção prestada aos usuários (FURTADO et al, 2013).

A avaliação da APS pode ser mais eficaz quando o foco é na aderência e desempenho de seus atributos antes mesmo da realização de análises simples de indicadores, pois estes princípios asseguram uma maior efetividade da atenção disponibilizada (BRASIL, 2010).

Tendo em vista este cenário e a necessidade de fundamentação da atenção primária em evidências que orientem a organização do sistema de saúde infantil, o presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de orientação da atenção primária à saúde da criança em unidades básicas de saúde do município de Londrina-PR.

### *3. REVISÃO DA LITERATURA*

### 3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para entendermos o contexto histórico da formação da APS, é preciso retroceder a 1920 quando da elaboração, na Grã-Bretanha, do Relatório Dawson que organizou o sistema de serviços de saúde, dividindo-o em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, sendo que anteriormente havia sido instituído o seguro nacional de saúde. Essa documentação ainda teórica forneceu posteriormente o alicerce de organização para muitos países (STARFIELD, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram, em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Declaração de Alma Ata, relatório final dessa conferência que faz menção à cidade onde foi realizada, determina como meta “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”, conhecida posteriormente como “Saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1978).

Nesse mesmo documento a APS recebeu a seguinte definição:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o principal nível de contato dos indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, um processo de atenção continuada (OMS, 1978)

A partir desse momento, passa então a APS a ser reconhecida como a fonte de assistência integral do sistema e se fortaleceu com a inclusão de itens fundamentais, tais como: planejamento familiar, distribuição dos medicamentos

necessários, cuidados nutricionais, saneamento, educação em saúde e tratamento de doenças endêmicas ou não.

Assim, mesmo não sendo incorporada por todos os países, a APS, tem como foco a saúde e não a doença, a prevenção, a atenção e a cura; além da promoção da saúde, atenção continuada e abrangente, com mais clínicos gerais do que especialistas, equipe multiprofissional, com responsabilidade também da comunidade e a auto responsabilidade do usuário (STARFIELD, 2002).

Para compreensão do crescimento da APS em Londrina, precisamos conhecer um pouco da sua linha do tempo histórica, política e dos processos sociais.

No ano de 1968 foi eleito um novo prefeito, e esse foi o primeiro médico a assumir essa função na prefeitura. Tinha como tema da campanha eleitoral “A Saúde do Povo é a Suprema Lei”, demonstrando assim a preocupação com essa área. Com essas mudanças políticas e o crescimento do curso de Medicina, novos professores e profissionais de outros estados foram contratados e novos modelos de assistência foram estruturados (ANDRADE, SOARES JUNIOR 2001).

Os anos de 1970 a 1980 marcaram o município por grandes discussões sobre a saúde. Com o recém-criado curso de medicina na Universidade Estadual de Londrina (UEL), esta, em parceria com a prefeitura, desenvolveu a criação de dois postos de saúde para servirem de campo de estágio para os alunos (ITO, 1976).

Com as visões do Departamento de Medicina Geral e Saúde Comunitária do Centro de Ciências e Saúde da UEL, cresceram as ideologias sobre a medicina preventiva, passando os estudantes a aplicar junto da medicina curativa orientações de autocuidado, pré-natal, prevenção de doenças e vacinação entre outros aspectos da saúde (ANDRADE, SOARES JUNIOR 2001). Nessa época, também começou a incorporação, pelo serviço de saúde, da integralidade, em que o paciente era visto em seu contexto familiar, social, financeiro e cultural, se desenvolvendo o profissional para melhor atendê-lo em todos os aspectos de sua vida (ITO, 1976).

Entre os anos de 1972 a 1976 foi inaugurado, na zona rural, um terceiro posto de saúde - assim eram chamadas na época as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Também foram reestruturados os atendimentos dos outros dois postos, pois com o aumento da demanda os médicos não conseguiam atender nem mesmo os problemas mais simples. Visando corrigir essa situação, foram delegadas à

enfermagem algumas funções como a realização da puericultura, do pré-natal e o atendimento a algumas patologias simples, cujas condutas eram discutidas pela equipe multidisciplinar (ITO, 1976).

Em 1978, a OMS definiu os marcos que diferenciavam os níveis de atenção à saúde, determinando que a atenção primária estivesse voltada ao atendimento geral, com uma equipe que solucionaria problemas de saúde simples e frequentes da comunidade (OMS, 1978).

Ainda nesse período foi transferida para a universidade a total responsabilidade sobre a coordenação dos postos de saúde, repassando assim a prefeitura os recursos financeiros necessários para sua manutenção. Também o Pronto-Socorro Municipal foi confiado à administração universitária (ANDRADE, SOARES JUNIOR 2001).

Foi estabelecido em 1974 um convênio entre a UEL, a Fundação Kellogg e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), formando o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar (PROCAF). Assim foram ampliados os números de postos de saúde e o investimento na área materno infantil (ANDRADE, SOARES JUNIOR 2001).

Entre os anos de 1974 a 1977 o processo do desenvolvimento da Saúde Pública da cidade diminuiu em função do perfil do novo prefeito e seu tímido interesse em investir no processo que estava sendo criado. Porém, em 1977 assumiu a Secretaria de Saúde um ex-estudante de medicina da universidade que fez seu mestrado em medicina preventiva e social, que passou a reconstruir o processo de serviço voltado para a atenção básica e preventiva (LONDRINA, 1977;1978).

Nessa nova fase aconteceu a ampliação da atenção primária, porém, devido a divergências político-partidárias, as parcerias entre prefeitura e universidade foram rompidas. Nesse cenário, foi criada a Autarquia do Serviço Municipal de Saúde (ASMS), melhorando o processo técnico-administrativo, passando o serviço de pronto-socorro municipal para o Hospital Universitário (ALMEIDA, 1979).

A década de 1980 foi marcada pela expansão dos serviços de saúde, mas foi na década de 1990 que o SUS passou a ser estruturado. Para termos ideia do crescimento, vimos que em 1978, Londrina contava com seis UBS, em 1988 passou a ter 40, e em 1999, havia no município 58 (ANDRADE, SOARES JUNIOR 2001).

Para o melhor gerenciamento das unidades de saúde, por volta do ano de 1996, a OPAS em parceria com a UEL, desenvolveu o projeto GERUS – Gerência de Unidades de Saúde, visando a capacitação de profissionais para o serviço de descentralização gerencial. Isso foi realizado nos municípios de Londrina, Cambé, Ibiporã e Rolândia (TURINI, 1996).

O município assumiu, no período entre 1995 a 1996, a gestão semiplena do sistema de saúde, que significava o município planejar, organizar e gerir todo o processo. Atualmente, Londrina tem a gestão plena do sistema municipal de saúde, comandando todos os serviços que compõe o SUS e as metas continuam sendo romper a visão médico-curativa e aumentar a resolutividade e qualidade do sistema (ANDRADE, SOARES JUNIOR 2001).

Na década de 1990 e na década de 2000, com maior força na primeira, a experiência de saúde de Londrina, ganhava novas estruturas e dimensões. Os secretários de saúde conseguiram ampliar a rede básica, modernizar suas instalações, implantar serviços de ação secundária e apoio diagnóstico, expandir enormemente o quadro de profissionais. Londrina foi o primeiro município do estado a assumir a gestão semiplena de saúde (ALMEIDA, 2013).

Em torno de 2005, o prefeito atual tomou a decisão de centralizar a gestão financeira da saúde o que reduziu as funções da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, enfraqueceu a Secretaria e seus titulares, além de ter contribuído para a burocratização e o aumento da ineficiência da gestão de saúde municipal (ALMEIDA, 2013).

Na virada do milênio, em 2000, após meses de crise instalada na administração municipal de Londrina e de uma grande mobilização de segmentos da sociedade, o prefeito atual teve seu mandato cassado, por desvio de recursos públicos na construção do Pronto Atendimento Infantil (PAI), porém os problemas de gestão pública continuaram, infelizmente causando uma estagnação e em alguns casos até retrocesso do desenvolvimento dos serviços de saúde (ALMEIDA, 2013).

Aconteceram prisões dos dirigentes do Centro Integrado de Apoio Profissional, que realizavam contratações de trabalhadores da área da saúde. Essas prisões coincidiram com a crise das condições de saúde vivida pela população, em que a paralisação dos serviços da Vigilância Sanitária, contribuíram para a maior epidemia de dengue do Paraná (ALMEIDA, 2013).

Durante o tempo de 1979 até os dias atuais, Londrina teve 13 prefeitos, 2 cassados. A secretaria teve quase duas dezenas de gestores. A população do município cresceu, o coeficiente de mortalidade infantil diminuiu, o saneamento básico evoluiu, porém ainda se espera melhorias nos serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde, em que os principais desafios que o setor saúde enfrenta são: O subfinanciamento da União e a sustentabilidade financeira do SUS; a inadequação do perfil de formação dos profissionais de saúde, além da sua distribuição geográfica inadequada; a gestão pública ineficiente, burocratizada e altamente permeável a corrupção e por fim o modelo de atenção ainda predominante, excessivamente dependente da atenção terciária especializada, e dos equipamentos médico hospitalares (ALMEIDA, 2013).

### **3.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

Analisando a trajetória histórica da assistência à saúde da criança, percebe-se que ela tem sido realizada, em grande parte, por meio de cuidados médico-hospitalares, visando o tratamento da doença.

Nas antigas civilizações, a doença era vista como a ausência ou falha de algum fator vital, ou ainda a presença de seres abstratos ou até mesmo o pecado no ser vivente. Porém, a análise da doença foi aprofundada, chegando a Hipócrates (460-337 a.C) que entendia e estudava o ser humano como um todo. Ele acreditava que não se podia compreender a enfermidade de forma isolada, mas sim associada ao ambiente em que se vivia e ao aspecto emocional. Afirmava ser necessário coletar uma história clínica aprofundada para o diagnóstico e intervenção à doença (FUJIMORI, OHARA 2009).

Apesar do conhecimento do processo saúde-doença ter evoluído, ainda hoje muitos programas de saúde infantil estão sendo marcados por intervenções hospitalocêntricas. Como resultado, temos um grande número e acesso facilitado a unidades de pronto atendimento, que passaram a ser a porta principal para o sistema de saúde. Essa situação sobrecarrega estes serviços e onera financeiramente as instituições gerando, principalmente, hospitalizações desnecessárias à criança (FUJIMORI; OHARA, 2009).

Como já mencionado, o impulso para o início das mudanças em relação à visão da saúde pública se deu com a declaração de Alma-Ata, em que se incluiu a discussão sobre a relação da doença com os fatores socioeconômicos e, neste contexto, desponta a APS em nível mundial (FUJIMORI; OHARA, 2009; OMS, 1978).

Vale destacar que, para a criança, os cuidados básicos são essenciais ao controle da mortalidade, enfrentamento de morbidades e melhora da qualidade de vida.

No ano de 1984, foi elaborado pelo MS o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), com o objetivo central de assegurar uma assistência integral à criança com ações básicas para frear os fatores de influência na mortalidade na faixa etária de 0 a 5 anos. Para isso o foco foi agir em cinco pontos: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e Orientação Alimentar Para o Desmame, Programa de Controle de Diarreias e Terapia de Reidratação Oral, Programa de Assistência às Infecções Respiratórias Agudas e Imunização (BRASIL, 1984).

Em 1990, aconteceu em Nova York a 1ª Cúpula Mundial em Favor da Infância, revisando as metas da Declaração de Alma-Ata, reconhecendo a ONU a necessidade de ações para a redução da mortalidade infantil até o ano 2000, focando no acesso ao sistema da Atenção Primária e a promoção e prevenção da saúde (FUJIMORI, OHARA 2009).

Consciente da existência de falhas na assistência básica à saúde infantil, a OMS, a OPAS e o Unicef elaboraram, na década de 1990, a proposta da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esta tinha como objetivo reforçar a integralidade na atenção à saúde da criança, a redução da mortalidade infantil e a redução de problemas no nível primário de atenção (BEGUINGUI, 2005).

A busca pela melhoria da Atenção Primária à Saúde da criança, não cessou. Para isso foram criados diversos programas e protocolos que visam desde o acompanhamento da gestante e do recém-nascido (RN), até a criança em seu desenvolvimento e crescimento. Em 1990 foi apresentada como política pública, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o intuito da redução das morbidades e mortalidades perinatais, redirecionando as práticas hospitalares para

promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O método Mãe-Canguru foi outra ação implantada pelo MS para o incentivo ao aleitamento materno, em principal ao prematuro de baixo peso, aumentando o vínculo mãe-bebê com o contato pele a pele, diminuindo os riscos de infecções hospitalares e reduzindo o tempo de internação (FUJIMORI; OHARA 2009).

Diante do contexto da necessidade de uma assistência mais ampla e integrada, em 1994, é implantado o Programa Saúde da Família (PSF), que auxilia no acesso e acompanhamento do profissional à criança e sua família (NOVACZYK, DIAS, GAÍVA 2008).

Com as ações e esforços realizados, os índices de mortalidade infantil diminuíram, porém ainda não tinham atingido o valor esperado (ERDMANN; SOUSA, 2009). Com o objetivo de modificar essa realidade o MS elaborou, em 2002, o Caderno de Atenção Básica nº 11, intitulado Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Infantil (BRASIL, 2002). O documento expressa a adoção de medidas para o desenvolvimento e crescimento saudáveis, enfocando a garantia do direito da população e dever do Estado. Estas se unem às propostas do AIDPI e foram gradualmente incorporadas ao PSF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), (BRASIL, 2002).

Na perspectiva da criança ser beneficiada integralmente com um grupo de profissionais que analisem todas as suas necessidades e direitos, foi criada em 2004 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e redução da Mortalidade Infantil, tendo essa população como o foco da atenção em todos os espaços, domicílio, creches, escolas, UBS e hospitais (BRASIL, 2004).

Na atualidade, diante dos desafios que permanecem e reconhecendo as iniciativas e o acúmulo de experiências, o MS organizou uma nova estratégia a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno Infantil em todo o Brasil com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no país. Trata-se da Rede Cegonha, que está sendo aperfeiçoada em parceria com estados e municípios, gradativamente. Essa proposta traz uma série de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de assistência à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal (BRASIL, 2012).

Em 2000, a ONU (Organização das Nações Unidas), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM), que no Brasil são chamados de **8 Jeitos de Mudar o Mundo**, que devem ser atingidos por todos os países até 2015, sendo eles: Acabar com a fome e a miséria, educação básica de qualidade para todos, igualdade entre sexos e valorização da mulher, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das gestantes, combater a AIDS, a malária e outras doenças, qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e todo mundo trabalhando para o desenvolvimento.

De nada adiantará tal esforço para a sobrevivência de todos os recém-nascidos (RN) nas maternidades sem um processo adequado de encaminhamento para a continuidade dos cuidados, que são personalizados para as necessidades de cada uma dessas crianças, seja em ambulatórios especializados (no caso de RN saídos de Unidades de Terapia Intensiva com necessidade deste tipo de atenção), seja na APS (BRASIL, 2012).

Nesse nível de assistência, continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança e espera-se garantir uma visita domiciliar do enfermeiro, técnico e agente de saúde ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS. Se possível deve-se oportunizar tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho etc. Depois, até a criança completar dois anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família (BRASIL, 2012).

## *4. OBJETIVOS*

#### 4.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de orientação da atenção primária em saúde da criança em unidades básicas de saúde do município de Londrina-PR.

#### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Avaliar a acessibilidade e utilização do serviço de atenção primária à saúde da criança.
- ❖ Identificar o Grau de Afiliação e a presença do atributo Longitudinalidade no atendimento da criança
- ❖ Avaliar o sistema de comunicação e integração dos cuidados prestados à saúde da criança.
- ❖ Determinar a presença e extensão da Integralidade relacionada à disponibilidade e variedade dos serviços de suporte disponíveis para a atenção à saúde da criança

*5. REFERENCIAL  
TEÓRICO*

## 5.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR STARFIELD E AS BASES TEÓRICAS DE DONABEDIAN

Barbara Starfield realizou o curso de Medicina entre 1954 e 1959 na State University of New York e especializou-se em Pediatria entre 1959 e 1962 no Johns Hopkins Hospital. Tornou-se mestre em Saúde Pública em 1963 pela mesma universidade. Foi uma pesquisadora internacionalmente conhecida nas áreas de atenção primária, qualidade da atenção, mensuração da situação de saúde e equidade. Ganhando várias premiações pelos seus trabalhos (STARFIELD, 2002). Também foi a criadora do instrumento utilizado nesta pesquisa denominado PCATool – Primary Care Assessment Tool, utilizado internacionalmente para a avaliação da Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2010; STARFIELD et al., 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001).

Para Starfield (2002), melhorar a saúde da população por meio do mais alto conhecimento das causas das doenças, o tratamento das enfermidades e o crescimento da saúde são os objetivos principais de todo o sistema de saúde.

Para a construção do alicerce da APS solidificou princípios descritos na Carta de Lubliana que pontuam que os sistemas de saúde deveriam ser dirigidos por valores tais como dignidade, equidade, solidariedade e ética profissional; conduzidos para a promoção e proteção da saúde e focado nas pessoas com participação social, direcionados para a qualidade, incluindo a relação custo-efetividade e alicerçados em financiamento sustentável (STARFIELD, 2002).

De acordo com o crescimento do conhecimento, os profissionais da saúde tendem a se especializar cada vez mais, para conseguir administrar as novas informações, gerando um atendimento à saúde fragmentado, focado em doenças específicas e pouco na saúde em geral. O cuidado especializado requer muito mais recursos e tecnologias para o atendimento da enfermidade grave, o que poderia ser evitado muitas vezes se a APS fosse o foco de atendimento, investimento e atualização (STARFIELD, 2002).

O atendimento eficaz não deve estar focado no tratamento da doença em si, mas em compreender o contexto de vivência do paciente onde a doença ocorre, pois esta poucas vezes se dá de forma isolada. Os serviços especializados também

podem ferir o princípio da equidade, pois o acesso é dificultado e implica em investimentos mais altos, não podendo atingir toda a população (STARFIELD, 2002).

Para sua otimização a Atenção Primária enfoca a saúde na constelação dos outros determinantes, como o meio social e físico em que a população vive, além de seu histórico emocional e econômico. É pela Atenção Primária que ocorre a entrada no sistema de saúde para necessidades e problemas novos. Ela tem como foco o indivíduo e não a doença, mas se atenta a todas as condições, menos as muito raras, e também coordena o atendimento fornecido por outros serviços. Além disso, forma a base e determina o trabalho dos outros níveis de saúde, aborda os problemas mais presentes na comunidade, oferece programas para cura, prevenção e reabilitação da saúde (STARFIELD, 2002).

Comparada aos serviços de Atenção Secundária e Terciária, a autora destaca que a Atenção Primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, em lugares da comunidade como escolas, domicílio, centros de saúde e consultórios, onde a população tem acesso livre a uma atenção pressupostamente adequada, continuada e com serviços de prevenção (STARFIELD, 2002).

Em 1994, a OMS, por meio da Carta para Clínica Geral/Medicina de Família lista as 12 características da Atenção Primária:

1. Geral: englobando todas as faixas etárias, problemas e condições.
2. Acessível: em relação ao lugar, tempo, cultura e verba.
3. Integrada: prevenção, promoção, curativa e reabilitação.
4. Continuada: ao longo do desenvolvimento da vida.
5. Equipe: multiprofissional.
6. Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais do paciente e sua família.
7. Pessoal: centrada na pessoa e não na doença.
8. Orientada para a família.
9. Orientada para a comunidade.
10. Coordenada: orientação e apoio em todo o processo na assistência à saúde.
11. Confidencial
12. Defensora: do paciente nas suas questões de saúde relacionadas aos outros provedores de atenção.

As questões estruturais também são pontos importantes para a Atenção Primária de alta qualidade, pensando assim no melhor e mais adequado ambiente, com espaço, conforto e tecnologia, profissionais qualificados e sistema de informações que supra as necessidades (STARFIELD, 2002).

Ao trabalhar a questão de estrutura e processo na APS, Starfield (2002) as designa como “capacidade” e “desempenho”, reforçando que os atributos estruturais precisam estar bem organizados para que o processo seja realizado. A capacidade do serviço de saúde é o que irá gerar a possibilidade da realização dos serviços.

“Estrutura” por Donabedian (1984) corresponde aos pontos mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Relaciona desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros. É difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendências - estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.

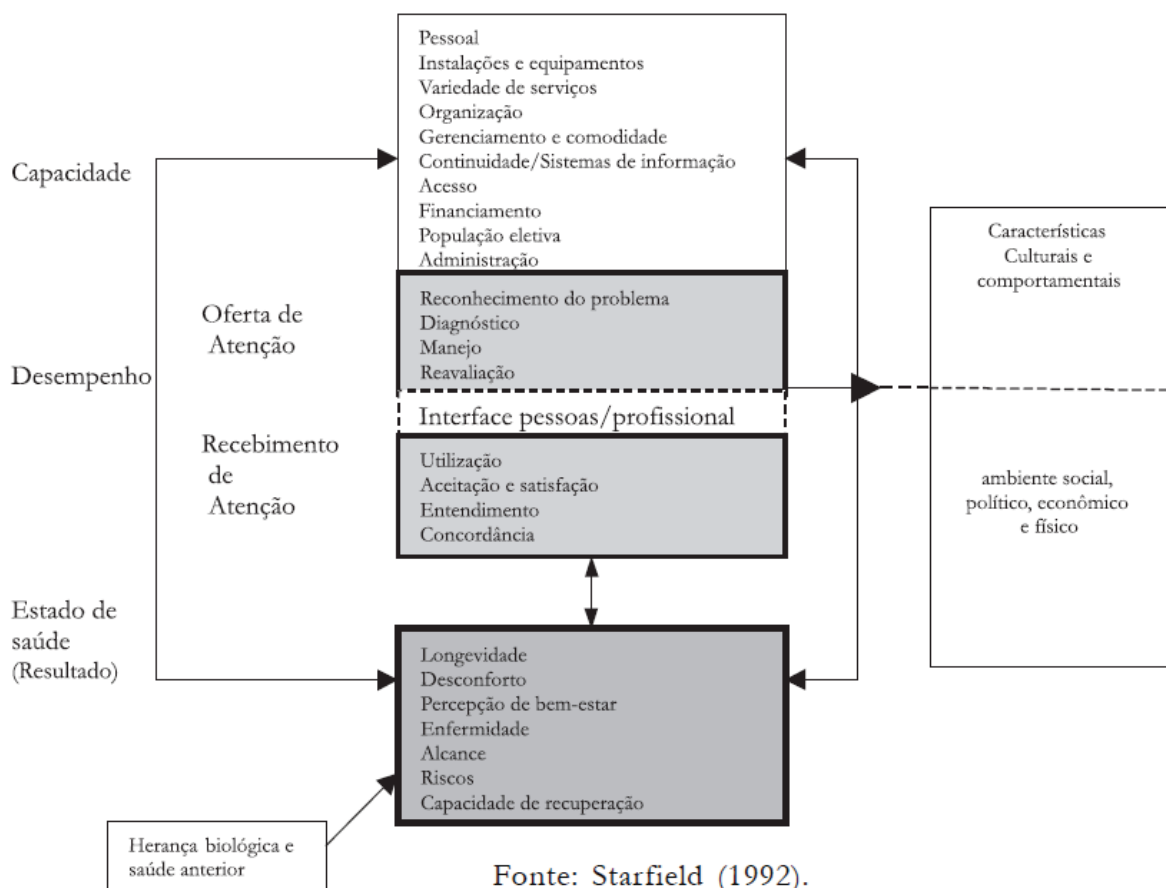
O “Processo” abrange, grosso modo, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Através dessas relações que se obtêm os resultados da assistência. Por isso, é de onde se retiram as bases para a valoração da qualidade. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspectos éticos e da relação médico, profissional/equipe de saúde e paciente. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo (DONABEDIAN, 1984).

Existe uma busca constante por uma definição precisa de qualidade, mas, por enquanto, ainda dependemos de conceitos genéricos, empregados há muito, em que a boa prática médica é aquela exercida por profissionais de renomado saber, que atuam dentro dos limites do saber científico, mantendo relação médico-paciente satisfatória, abordando o paciente na sua totalidade. A generalidade desses conceitos faz com que, mesmo seguindo essas diretrizes, não se possa assegurar a qualidade da prática profissional, pois se trata de parâmetros elásticos. Assim, até o

momento, o “Resultado” da assistência se restringe às mudanças observadas no estado de saúde do paciente, que podem ser atribuídas à assistência médica, sendo o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1984).

Como vemos na Figura 1 existem por volta de dez componentes principais de estrutura: Pessoal, Instalações e equipamentos, variedade de serviços, organização, gerenciamento e comodidades, variedades de serviços oferecidos, organização de serviços, mecanismos para continuidade de atenção, mecanismos para o acesso ao atendimento, arranjos para financiamento, delineamento da população, administração do sistema de saúde.

Figura 1. O Sistema de serviços de saúde.



As ações de oferta e recebimento de serviços fazem parte do processo da atenção primária. Estes são representados por aqueles que oferecem a atenção e os que fazem parte do papel da população, os provedores tem a necessidade de conhecer e obter informações sobre os problemas da comunidade como na pessoa individualmente e, posteriormente, prestar a intervenção. É válido perceber como é a interação do indivíduo com o processo, se ele decide quando e como usar o sistema, se este chegou a visualizar o que este serviço pode oferecer a ele e se ficou satisfeito e tomará para si as orientações recebidas (STARFIELD, 2002).

A definição operacional da APS sistematizada por Starfield (1992) vem sendo muito utilizada, inclusive pelo MS. A partir desta definição, podemos conceituar os quatro atributos essenciais (STARFIELD, 2001) dos serviços de APS:

❖ Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

❖ Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

❖ Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

❖ Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Soma-se a estes, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, os quais qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2001):

- ❖ Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- ❖ Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- ❖ Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Para Starfield (2002), na teoria, o elemento estrutural de cada atributo deve estar relacionado ao seu elemento processual, sendo assim, um acesso melhor deve conduzir a uma melhor utilização para cada novo problema de saúde; uma melhor identificação de uma fonte regular de atenção deveria estar ligada ao uso mais sólido daquela fonte regular de atenção ao longo do tempo e a melhores relacionamentos interpessoais entre profissionais e pacientes; uma variedade de serviços disponíveis tem que estar vinculado a um melhor reconhecimento das necessidades para aqueles serviços, e uma melhor continuidade de atenção deveria levar a uma melhor coordenação de atenção, medida pelo maior emprego de informações e responsabilidade para com o paciente, porém na prática ainda há poucos estudos que apliquem especificadamente a teoria, necessitando assim pesquisas de avaliação da APS.

Com a atual crise do sistema de saúde que ocorre pelo mundo, torna-se cada vez mais relevante debater a avaliação dos serviços. De um lado temos a ansiedade pelo melhor atendimento com o emprego de novas tecnologias e, de outro, a necessidade de economia dos gastos públicos, o que faz com que os sistemas de saúde não consigam responder às necessidades da população (CONTANDRIOPOULOS, 1999).

Com este olhar pode-se presumir que é necessário uma reformulação do sistema. Porém, para que isto ocorra é preciso que os gestores adquiram sólidos conhecimentos científicos (CONTANDRIOPOULOS ,2006).

A avaliação deve estar enraizada em todos os serviços de saúde, para que todas as decisões sejam tomadas com base em evidências. Deve-se planejar, avaliar, executar, agir, para agrupar conhecimentos novos e reestruturar os antigos. Torna-se imprescindível ver a avaliação como parte da instituição, essencial para a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS ,2006; VIACAVA, 2004).

Para Contandriopoulos (2000), avaliar consiste em incorporar uma apreciação de qualidade a uma intervenção, com a utilização de instrumentos que serão competentes em oferecer informações com bases científicas e socialmente verdadeiras sobre ela e suas partes, com o foco de ajudar na tomada de decisões.

Um programa, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação, a normativa e a pesquisa avaliativa. Na avaliação normativa, o julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas, já na pesquisa avaliativa, o julgamento pode ser elaborado por meio de um procedimento científico (CONTANDRIOPOULOS, 2000; 2006).

Espera-se que a avaliação não surpreenda com uma imediata tomada de decisão, mas sim um julgamento melhor com validade científica, para assim influenciar na decisão a ser tomada.

Uma real avaliação, com o correto julgamento, deve estar vinculada a três pontos: pertinência, sendo esta a capacidade de oferecer resposta a situação que se espera uma decisão; fundamentação teórica, sendo esta a capacidade de teorizar que a avaliação tem o potencial de fazer acontecer uma tomada de decisão mais eficaz; e por fim, credibilidade, que é o valor científico que foi atribuído a esta avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A avaliação é essencial para melhorar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda é necessário colocar sobre ela novas informações, conhecimentos e fazer esta ser parte do sistema e equipe. A avaliação aplicada de maneira correta favorece o aprendizado individual e coletivo, e pode tornar-se um instrumento de transformação e inovação (BRASIL, 2005).

Como vimos a avaliação deve ser além de instrumentalizada, teorizada cientificamente, a qual para este estudo, se faz necessário integrar ao processo

avaliativo, os conceitos científicos de Donabedian, ele desenvolveu a trilogia da Qualidade em Saúde em três componentes do cuidado: Estrutura, Processo e Resultado, como vimos conceituados anteriormente.

Inicialmente, Donabedian (1992) atribuiu três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre. Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito, utilizando o que chamou de "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990), os quais descreveremos a seguir:

**EFICÁCIA** - capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

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

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

**OTIMIZAÇÃO** - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.

**ACEITABILIDADE** - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e

otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

**LEGITIMIDADE** - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

**EQUIDADE** - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Avaliando a efetividade da estrutura e processo na APS, podemos nos trazer dados para se obter uma visão, mais correta e científica, da qualidade desse serviço de saúde.

## *6. METODOLOGIA*



## 6.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa avaliativa, de caráter quantitativo, parte de um estudo multicêntrico realizado nas cidades de Londrina e Cascavel no estado do Paraná e João Pessoa na Paraíba.

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação e condições de controle, a análise da informação por meio de procedimentos estatísticos, o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana para trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000).

## 6.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO CENÁRIO DO ESTUDO

### 6.2.1. Histórico e localização

Em 21 de agosto de 1929, chegou a primeira expedição da Companhia de Terras Norte do Paraná ao local denominado Patrimônio Três Bocas, no qual o engenheiro Dr. Alexandre Razgulaeff fincou o primeiro marco nas terras onde surgiria Londrina. O nome da cidade foi uma homenagem prestada a Londres – “pequena Londres”, pelo Dr. João Domingues Sampaio, um dos primeiros diretores da Companhia de Terras Norte do Paraná. A criação do Município ocorreu cinco anos mais tarde, através do Decreto Estadual nº 2.519, assinado pelo interventor Manoel Ribas, em 3 de dezembro de 1934. Sua instalação foi em 10 de dezembro do mesmo ano, data em que se comemora o aniversário da cidade. O primeiro prefeito nomeado foi Joaquim Vicente de Castro.

A partir daí, Londrina manteve um crescimento constante, consolidando-se, pouco a pouco, como principal ponto de referência do Norte do Paraná e exercendo grande influência e atração regional.

Hoje, Londrina chega à condição de metrópole firmando-se como uma cidade com forte e amplo setor de prestação de serviços com uma grande diversificação no comércio. O futuro aponta para crescimento nas áreas industrial e tecnológica. Londrina se firma com expansão dos setores da construção civil, metal-mecânico, e vestuário. A cidade também se projeta como um novo centro de desenvolvimento de tecnologia.

### 6.2.2. Coordenadas Geopolíticas

Situado entre 23°08'47" e 23°55'46" de Latitude Sul e entre 050°52'23" e 051°19'11" a Oeste de Greenwich, o município de Londrina ocupa, segundo o IBGE, 1.724,7 Km<sup>2</sup>, cerca de 1% da área total do Estado do Paraná.

A densidade demográfica do município é de 306,52 hab/Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). A zona urbana de Londrina é de 164,33 Km<sup>2</sup> e a zona de expansão urbana é de 80,68 Km<sup>2</sup>, totalizando 245 Km<sup>2</sup>. A altitude da área urbana central da cidade é de 608 m. O Município de Londrina é constituído pelo Distrito Sede e os distritos de Lerroville, Warta, Irerê, Paiquerê, Maravilha, São Luiz, Guaravera e Espírito Santo (LONDRINA, 2013).

O clima é subtropical úmido, com chuvas em todas as estações. A pluviosidade anual é de 1.254 mm. A temperatura média anual foi de 21,3°C (IAPAR, 2013). O tipo de solo tem predominância de Latossolo (LONDRINA, 2013).

Na área da saúde a conformação obedece a divisão administrativa do Estado correspondendo à 17ª Regional de Saúde de Londrina que abrange 21 municípios: Alvorada do Sul, Assai, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Guaraci, Florestópolis, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana. Essa regional tem 873.898 habitantes (LONDRINA, 2013).

A população londrinense sofreu processo importante de urbanização estando atualmente mais de 97% residindo em área urbana. Em 2.009 a população estimada era de 506.701 habitantes sendo 243.059 homens e 263.642 mulheres. População estimada para 2013 de 537.566. A taxa de natalidade em 2010 foi de 12,85/1000 habitantes. Para o período de 2006 a 2010, a taxa de crescimento anual estimada foi de 1,0% (IBGE,2012).

O Brasil está passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para a mudança do padrão demográfico. As mudanças mais notáveis ocorrerão nas faixas de idade extremas, representadas pelos menores de 15 anos e os maiores de 65 anos, alterações já observadas com a população de Londrina. As mudanças no perfil demográfico apontam para a necessidade de novas demandas para o sistema de saúde. Além da necessidade de alocar recursos adicionais, a implementação de

programas de saúde específicos para essa população e o desenvolvimento de novas tecnologias se faz necessário para o novo quadro epidemiológico (LONDRINA, 2013)

O Índice de Envelhecimento da população de Londrina apresentado pelo IBGE nos Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Estimativas foi de 15,0% em 1991, 24,0% em 2000 e chegando a 37,9% em 2010. A Esperança de Vida ao Nascer em 2010 era de 72,86 ano e a renda per capita em 2010 era de R\$ 700,00 (IBGE, 2012).

### **6.2.3. A Saúde em Londrina**

Em 2010 foram registrados 2.995 óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade, de ocorrência e residência em Londrina. O Coeficiente de Mortalidade Geral (expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes) foi de 5,8/1000 habitantes, valor idêntico ao ano de 2008 e que não tem apresentado muitas variações nos últimos anos (IBGE, 2010).

Tem apresentado resultados significativamente positivos no que se refere a redução da mortalidade infantil, em vista da implantação das políticas públicas, no âmbito federal e estadual. Em 1979, era 37,42/1.000NV e passou para 9,54/1.000NV, em 2011 (LONDRINA, 2011). Também houve queda da natalidade. Esta redução aumentou a esperança de vida ao nascer para 71,37 anos em 2011 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de 0,588 em 1991 para 0,778 em 2010 (IBGE, 2012).

A atenção básica na assistência à saúde em Londrina está estruturada a partir das equipes de saúde da família distribuídas nas 53 unidades básicas de saúde (UBS) sendo 14 em área rural e 39 em área urbana. A atenção básica em locais de difícil acesso da população é feita por uma Unidade Móvel de Saúde (UNIMOS). A implantação dessas unidades ocorreu nas regiões periféricas com características da Atenção Primária à Saúde, cuja expansão se deu, principalmente em função da construção dos Conjuntos Habitacionais na década de 80 (LONDRINA, 2013).

O processo de melhoria do modelo assistencial foi estruturado a partir da implantação maciça do Programa Saúde da Família em 2001, atingindo a cobertura de 70% da população do município sendo priorizadas as regiões e agrupamentos

populacionais de maior vulnerabilidade social, porém, atualmente, houve uma queda dessa cobertura para 57% (LONDRINA, 2013).

As experiências acumuladas, muitas dessas apresentadas nas Mostras de Experiências promovidas pelo município, demonstram a ampliação da capacidade de absorção das demandas nos territórios da abrangência das equipes, a incorporação de novas tecnologias e disciplinas possibilitando a melhoria do processo de trabalho e aumentando o vínculo com as famílias e comunidade. As UBSs se constituem porta de entrada do SUS e têm objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. Nas Unidades são desenvolvidas ações em diferentes áreas. Quanto ao atendimento realizado pelo profissional médico são ofertadas consultas nas áreas de clínica geral, pediatria e ginecologia (LONDRINA, 2013).

A equipe de enfermagem oferece, além da consulta de enfermagem e acolhimento do paciente, vacinação, curativos, retirada de pontos, acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, ações de planejamento familiar, puericultura, coleta de exames, dispensação de medicamentos. A enfermeira apresenta ainda atuação específica realizando consulta de pré natal, puerpério, prevenção de câncer de mama e coleta da citologia oncológica, sendo responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da Unidade (LONDRINA, 2013).

Uma atribuição comum a todos da equipe é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, para levantamento de uma determinada situação. É por meio da visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, quer sejam de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, etc. podendo ser realizadas desde uma consulta médica, odontológica, fisioterapêutica, nutrição, educação física, psicologia, farmacêutico, ou de enfermagem, até procedimentos como um curativo, controle de PA, etc. Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde que as Unidades de Saúde oferecem de acordo com as necessidades locais como grupos de caminhada, grupos de orientações para pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, grupos de atividade física, entre outros. São realizadas ações educativas nos espaços coletivos, como escolas, grupos comunitários e

orientações individuais em temas como: auto-cuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre DST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, melhoria de auto-estima (terapia comunitária) etc. (LONDRINA, 2013).

O trabalho realizado pela equipe da Unidade de Saúde visa, além do atendimento a demanda espontânea e o atendimento ao seu território de responsabilidade, a organizar a atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico através de programas. O objetivo destes programas é de possibilitar adequado controle e avaliação de resultados, como, por exemplo: controle de Hipertensão e Diabetes, saúde da Mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), saúde da Criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco), controle da Tuberculose e Hanseníase, Saúde Mental, manejo do tabagismo, assistência ao portador de asma, assistência farmacêutica, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia comunitária, fitoterapia, saúde indígena, saúde do idoso, rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência e apoio social (LONDRINA, 2013).

A atenção odontológica é desenvolvida em 41 unidades básicas de saúde priorizando a faixa etária infanto-juvenil e as gestantes. Em 16 unidades básicas estão sendo desenvolvidas atividades do PSF-Saúde Bucal oferecendo atenção básica integral à população. A referência de casos mais complexos é feita para o Centro de Especialidades Odontológicas-CEO. Os casos de urgência são encaminhados ao pronto socorro da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Londrina (LONDRINA, 2013).

Com o objetivo de ampliar as possibilidades das equipes saúde da família no que se refere a resolubilidade e integralidade das ações na atenção básica estão implantados dez Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF . Entre as principais atividades desenvolvidas pelos núcleos estão atuar junto às equipes saúde da família buscando ampliar as ações de forma multiprofissional para melhoria dos indicadores de saúde da população. Além disto, devem atuar em projetos terapêuticos individuais por meio de gestão de casos clínicos e atendimentos aos usuários em conjunto com as unidades e equipes de saúde visando a redução de

agravos à saúde da população. Os núcleos são compostos por profissionais nas áreas de nutrição, farmácia, psicologia, fisioterapia e educador físico (LONDRINA, 2013).

O serviço hospitalar do município é constituído por hospitais privados, filantrópicos e públicos de pequeno, médio e grande porte, além de clínicas particulares. Conta com 1.889 leitos, das redes privada e pública. Destes, 1.344 estão disponíveis para atendimento pelo SUS sendo 311 para o atendimento materno infantil do município e região, contando com um hospital particular com atendimento ao SUS e um pronto-atendimento municipal totalmente voltado à saúde da criança (LONDRINA, 2013).

### **6.3. LOCAL DO ESTUDO**

Este estudo foi desenvolvido em todas as 39 UBS existentes na área urbana do município de Londrina-PR.

### **6.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do estudo foi composta de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças, consideradas aquelas, com idades até onze anos, onze meses e vinte e nove dias, conforme a definição legal, atendidas nas UBS. Inicialmente, a faixa etária prevista no projeto era até cinco anos. Contudo, ao buscarmos as bases de dados nos serviços para obtenção da população, os registros dos três municípios, além de diferentes, compreendiam faixas etárias distintas. Em Londrina, a fonte de informações foi originada no TABWIN (programa TAB para Windows) programa este instituído por meio do DATASUS, que permite importar as tabulações efetuadas na Internet sobre os dados de saúde, realizar operações aritméticas e estatísticas, elaboração de gráficos, construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, planejamento e programação de serviços, com relatórios produzidos por procedimentos (BRASIL, 2013).

Em Londrina, foram realizados 38.138 atendimentos a crianças até 12 anos incompletos, no período de julho a dezembro de 2011, nas unidades da área urbana. Convém destacar que todas as unidades possuem equipes da ESF, sendo 57% a

cobertura do programa no município, num total de 68 equipes no ano de 2013. Como a cobertura não é total, apesar de existir equipes em todas as unidades, estas são consideradas mistas (unidade tradicional com equipes de saúde da família) (LONDRINA, 2013).

A partir desse dado, foi estimado o tamanho da amostra para a aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool - PCATool - Brasil versão criança* nos serviços elencados, por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por unidade e região. Para aplicar os questionários, os familiares das crianças foram selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica ou puericultura. Assim, começamos convidando o último familiar da fila de espera para entrevista e, caso esse não aceitasse, o imediatamente anterior e assim sucessivamente, até completarmos a cota amostral estabelecida para a unidade, a cada dia de aplicação dos formulários.

A seguir, são apresentadas as tabelas com as informações da amostra estratificada.

TABELA 1. Composição da população e amostra segundo a região. Estudo Multicêntrico Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Cascavel, Londrina e João Pessoa, 2012.

LOCALIZAÇÃO	População N	Amostra n
Cascavel	34 369	548
João pessoa	21 486	343
Londrina	38 138	609
TOTAL	94 014	1 500

Fonte: DATASUS e SIAB (2012).

Para o município de Londrina, a amostra estratificada entre as unidades com ESF, está apresentada de acordo com os agrupamentos de regiões, na tabela 2 e em cada uma das regiões, nas tabelas 3 a 7, a seguir.

TABELA 2. Composição da amostra em relação à população segundo a região de Londrina. Estudo Multicêntrico Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Cascavel, Londrina e João Pessoa, 2012.

REGIÃO	População N	Amostra
Centro	2 931	47
Leste	9 546	152
Norte	10 535	169
Oeste	5970	95
Sul	9156	146
TOTAL		
GERAL	38 138	609

FONTE: DATASUS (2012).

TABELA 3. Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região central. Estudo Multicêntrico Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Cascavel, Londrina e João Pessoa, 2012.

CENTRO	População N	Amostra n
CSU	1257	20
Fraternidade	257	4
Casoni	853	14
Vila Brasil	70	1
Vila Nova	125	2
Centro	369	6
TOTAL	2931	47

FONTE: DATASUS (2012).

TABELA 4. Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região leste. Estudo Multicêntrico Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Cascavel, Londrina e João Pessoa, 2012.

UBS LESTE	População N	Amostra n
Vila		
Ricardo	1 051	17
Ideal	582	9
Maraba	3 764	60
Lindóia	1 989	32
Ernani	468	7
Guazzi	762	12
Thomaz	786	13
Amparo	144	2
TOTAL	9 546	152

FONTE: DATASUS (2012).

TABELA 5. Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região norte. Estudo Multicêntrico Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Cascavel, Londrina e João Pessoa, 2012.

NORTE	População N	Amostra n
Aquiles	604	10
Cabo Frio	1 366	22
Carnascialli	1 070	17
CH Newton	1 655	27
João Paz	1 004	16
M <sup>a</sup> Cecilia	1 703	27
Gavetti	642	10
Parigot	2 239	36
Vivi Xavier	245	4
TOTAL	10 535	169

FONTE: DATASUS (2012).

TABELA 6. Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região oeste. Estudo Multicêntrico Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Cascavel, Londrina e João Pessoa, 2012.

OESTE	População N	Amostra n
Alvorada	704	11
Bandeirantes	590	9
Jardim do Sol	340	5
Leonor	2 158	35
Panissa	742	12
Santiago	547	9
Tóquio	889	14
TOTAL	5 970	95

FONTE: DATASUS (2012).

TABELA 7. Composição da amostra em relação à população em Londrina, nas unidades que compõem a região sul. Estudo Multicêntrico Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança. Cascavel, Londrina e João Pessoa, 2012.

SUL	População N	Amostra n
Cafezal	823	13
Eldorado	491	8
Guanabara	1 263	20
Itapoã	942	15
Ouro Branco	1 152	18
Pind	831	13
Piza	609	10
San Izidro	245	4
U. da Vitória	2 800	45
TOTAL	9 156	146

FONTE: DATASUS (2012).

A técnica amostral utilizada foi a de amostra estratificada proporcional. Esta escolha se justifica em função da heterogeneidade da população a qual se divide em três regiões: Cascavel com 34.369 atendimentos, Londrina com 38.138

atendimentos e João Pessoa com 21.486 atendimentos. Em função de tempo, custo de material, inclusive humano, a amostra foi determinada com um total de 1.500 atendimentos e foram estratificados proporcionalmente em relação às três grandes regiões e posteriormente em relação às UBS e PSF de cada região.

A amostra foi estratificada como segue:

$$\frac{N_h}{N} = \frac{n_h}{n} \quad \text{onde: } N_h : \text{tamanho do estrato populacional}$$

$N$ : tamanho da população

$n_h$ : tamanho do estrato amostral

$n$ : tamanho da amostra.

Cálculo da margem de erro amostral com nível  $\alpha$  de 5% o qual nos fornece um  $Z = 1,96$ :

$$E = Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{(1-p)p}{n}}$$

Erro  $E = 2,53$  com nível alfa de 5%

Adotou-se uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95%, para obtenção da amostra de familiares a serem entrevistados. O contato foi feito com os familiares na unidade de saúde, enquanto aguardavam o atendimento e verificado se contemplavam os critérios de inclusão. A seguir, foi explicado sobre a pesquisa e perguntado sobre a possibilidade de sua participação. Quando ocorria o aceite, era aplicado o instrumento de coleta na sala de espera da unidade ou outro local disponível, de acordo com as distintas realidades.

## 6.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os registros de atendimentos para a população na faixa etária do estudo foram incluídos para análise do atendimento com vistas à obtenção da população que definiu a amostra para aplicação do instrumento PCATool-Brasil

versão criança. Para a aplicação dos instrumentos foram considerados critérios de inclusão: ser residente em área urbana dos municípios; ter condições para ser o respondente do formulário, tais como capacidade de entendimento, expressão e compreensão dos documentos apresentados (TCLE); o acompanhante da criança na unidade de saúde devia ser seu principal cuidador; a idade da criança até doze anos incompletos; o cuidador/respondente deveria conhecer a unidade que estava avaliando. Assim, foram incluídos aqueles que levaram a criança para atendimento naquela determinada unidade por, pelo menos, duas vezes, previamente aquela em que estava aguardando; apenas respondentes moradores da região urbana de abrangência das unidades; moradores respondentes residentes fora da área de territorialização, mas que utilizavam aquele serviço por opção, foram mantidos.

## 6.6. VARIÁVEIS

Neste estudo foram analisadas as variáveis que compõe o formulário PCATool- Brasil versão criança, as quais listamos a seguir: grau de afiliação com o serviço de saúde, acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária.

## 6.7. COLETA DOS DADOS

Definida a amostra para aplicação do formulário PCATool-Brasil versão criança, os pesquisadores, juntamente com alunos dos cursos de enfermagem, fizeram a aplicação dos formulários nas unidades de saúde.

Para coleta e avaliação dos dados foi seguido o formulário conforme validação realizada por Harzheim et al. (2006), cujo manual de utilização foi publicado pelo MS (BRASIL, 2010), e um questionário socioeconômico e demográfico o qual apresentamos em anexo (ANEXO B).

### 6.7.1. O Instrumento

O instrumento PCATool – *Primary Care Assessment Tool*, (anexo B) é um instrumento de avaliação da presença e extensão dos atributos essenciais e

derivados da APS. Criado por Starfield e colaboradores (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC), dispõe das versões para adulto, profissional de saúde e criança.

O instrumento foi formado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), baseando-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

Desse modo, devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (BRASIL, 2010). Podemos verificar a relação de estrutura e processo dos atributos essenciais no Quadro 1.

No Brasil o instrumento passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade por Erno Harzheim e colaboradores recebendo o nome de **Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool – Brasil** (DUNCAN, 2000; HARZHEIM et al, 2006).

Neste estudo foi utilizado o PCATool – Brasil versão criança, que é composto por 55 itens divididos em 10 componentes, caracterizados por letra, desde a letra A relacionada ao Grau de Afiliação ao J, que representa a orientação comunitária.

Quadro 1. Relação dos atributos essenciais quanto à estrutura e processo.

<b>ESTRUTURA</b>	<b>PROCESSO</b>
Grau de Afiliação	Longitudinalidade
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade
Coordenação - Sistema de Informações	Coordenação – Integração de Cuidados
Integralidade – Serviços Disponíveis	Integralidade – Serviços Prestados

Fonte: Brasil (2010).

O instrumento versão criança deve ser aplicado a mães, pais, avós, ou ao principal cuidador da criança. Tendo cinco possibilidades de respostas com base em escala Likert: 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), gerando um valor médio que será transformado posteriormente em escore de 0 a 10 utilizando-se a fórmula prevista no manual de utilização do instrumento, conforme segue (BRASIL, 2010).

### **6.8. ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram tabulados e analisados sob forma de estatística simples de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e medianas, sendo apresentados em tabelas e gráficos para posterior comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão. Utilizou-se do auxílio de softwares de análise de dados quantitativos, como SPSS versão 2.0 e Excel 2010.

O escore final de cada um dos indicadores do instrumento PCATool-Brasil versão criança foi dado pela média das respostas dos respondentes.

### **6.9. QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA**

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob Parecer CEP/UEL nº 061/2012, CAAE: 01295412.2.1001.0107 (ANEXO C).

Como parte de um projeto multicêntrico a pesquisa recebeu financiamento pelo CNPq por meio do edital 014/2011, processo nº 474743/2011-0.

Foram analisados os dados secundários de relatórios de atendimentos realizados nas UBS do município de Londrina-PR, somente após autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do termo de aceite do responsável pelo campo de estudo.

O pesquisador responsável e os colaboradores envolvidos assinaram o termo de compromisso de uso de dados em arquivos assumindo o compromisso de preservar a privacidade dos pacientes cujos dados foram coletados e que estes

somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa (Apêndice B).

Para todos os sujeitos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com posterior solicitação da assinatura, o qual continha o objetivo da mesma e sua forma de realização para que possam acenar com sua anuência, caso queiram participar desta investigação, bem como desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa (Apêndice A).

# *7. RESULTADOS E DISCUSSÃO*

Os resultados obtidos, assim como a discussão dos achados mediante sua análise e reflexão, são apresentados na forma de dois artigos científicos, que serão encaminhados aos periódicos abaixo especificados.

O primeiro - *Avaliação do Grau de Afiliação e Longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde da Criança*, será enviado à revista *Ciência e Saúde Coletiva*, estando de acordo com os seguintes objetivos da pesquisa:

- ❖ Identificar o grau de afiliação e a presença do atributo longitudinalidade no atendimento da criança.

O segundo - *Avaliação do Acesso, Coordenação e Integralidade na Atenção Primária à Saúde da Criança em Município do Sul do Brasil*, será enviado à revista *Cadernos de Saúde Pública*, contemplando os demais objetivos do estudo:

- ❖ Avaliar o sistema de comunicação e integração dos cuidados prestados à saúde da criança.
- ❖ Determinar a presença e extensão da integralidade relacionada à disponibilidade e variedade dos serviços de suporte disponíveis para a atenção à saúde da criança
- ❖ Avaliar o grau de acessibilidade e utilização do serviço de atenção primária à saúde da criança.

Para a realização dos artigos, utilizamos os escores gerados através da pesquisa realizada, e estes por sua vez em sua média geraram o valor de 6,8 como escore geral da Atenção Primária à Saúde da criança no município de Londrina-PR, significando que os atributos da APS nesse local estão sendo seguidos.

## *7.1 ARTIGO 1*

Avaliação do Grau de Afiliação e Longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde da Criança  
**Assessment of Degree of Membership and longitudinality of Primary Children's Health**  
**Evaluación del grado de pertenencia y longitudinalidad de la Salud Infantil Primaria**

Barbara de Andrade Alves<sup>1</sup>  
 Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla<sup>2</sup>  
 Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza<sup>3</sup>  
 Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>4</sup>  
 Gabriela D`ovidio Menezes<sup>5</sup>  
 Leila Garcia de Oliveira Pegoraro<sup>6</sup>

**Resumo**

A Atenção Primária a Saúde é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde. Um de seus atributos é o grau de afiliação e a longitudinalidade, definida pela existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. O estudo teve como objetivo avaliar o grau de afiliação e o princípio da longitudinalidade na Atenção Primária de Saúde. Caracteriza-se como uma pesquisa multicêntrica, avaliativa, quantitativa. Utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool versão criança. Na avaliação do grau de afiliação 64,6% referiram que existe um bom grau de afiliação, porém 85,2% dos usuários não tem um profissional de referência. Os maiores escores foram atribuídos à comunicação entre família e profissional e os menores ao conhecimento sobre aspectos familiares. Foi atribuído a longitudinalidade o escore de 6,1, significando que esse atributo precisa melhorar para caracterizar um serviço orientado para a atenção primária.

**Descritores:** Atenção Primária, Saúde da Criança, Avaliação de Serviços de Saúde.

**Abstract**

The Primary Health is defined as the first level of access a health system . One of its attributes is the degree of membership and longitudinality , defined by the existence of a continuing source of care , as well as its use over time . The study aimed to evaluate the degree of membership and the principle of longitudinality in Primary Health is characterized as a multicenter study , evaluative , quantitative . We used the instrument Primary Care Assessment Tool version child. In assessing the degree of affiliation 64.6 % reported that there is a good degree of membership , but 85.2 % of users do not have a professional reference . The highest scores were assigned to the communication between family and professional and less knowledge about familiar aspects . Was assigned to longitudinality score of 6.1 , meaning that this attribute needs to improve to characterize a service oriented to primary care .

**Descriptors:** Primary, Child Health, Health Services Evaluation.

**Resumen**

La Salud primaria se define como el primer nivel de acceso de un sistema de salud . Uno de sus atributos es el grado de pertenencia y longitudinalidad , definido por la existencia de una fuente continua de cuidado , así como su uso con el tiempo . El objetivo del estudio fue evaluar el grado de pertenencia y el principio de longitudinalidad en salud primaria se caracteriza como un estudio multicéntrico , de evaluación , cuantitativa. Se utilizó la herramienta de evaluación de la versión infantil de Atención Primaria instrumento. Al evaluar el grado de afiliación 64,6 % informó que hay un buen grado de pertenencia , pero el 85,2 % de los usuarios no tienen una referencia profesional. Las puntuaciones más altas se asignan a la comunicación entre la familia y el profesional y menos conocimientos sobre aspectos familiares . Fue asignado para anotar longitudinalidad de 6,1 , lo que significa que este atributo tiene que mejorar para caracterizar una atención primaria orientada a servicios .

**Descritores:** Primaria, Salud del Niño, Evaluación de Servicios de Salud.

---

\*Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde da Criança em município do sul do Brasil”, defendida em 03/12/2013, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Financiado pela CNPq.

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Fone: (43) – 3º29-6236/ (43) 9937-7760. Av. Paul Harris, 88 apto 106, bloco 04. CEP: 86039280, Londrina – PR. Email: [andradealves.b@gmail.com](mailto:andradealves.b@gmail.com).
2. Enfermeira. Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Av. Robert Koch nº 60, Vila Operária, 3º andar, Departamento de Enfermagem, CCS, UEL, CEP: 86038-440, Londrina, Paraná, Brasil. Email: [maurentacla@gmail.com](mailto:maurentacla@gmail.com).
3. Enfermeira. Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Av. Robert Koch nº 60, Vila Operária, 3º andar, Departamento de Enfermagem, CCS, UEL, CEP: 86038-440, Londrina, Paraná, Brasil. Email: [sarahuel@sercomtel.com.br](mailto:sarahuel@sercomtel.com.br).
4. Enfermeira. Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil. Av. Tancredo Neves, 3224, Departamento de Enfermagem, CCS, Uniãoeste, Cascavel, Paraná, Brasil. Email: [lb.toso@certto.com.br](mailto:lb.toso@certto.com.br)
5. Acadêmica do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Ibiporã, PR, Brasil. Rua Padre Vitoriano Valente 1282. Email: [gabidovidio@hotmail.com](mailto:gabidovidio@hotmail.com).
6. Acadêmica do 3º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. Email: [garcia\\_leila@hotmail.com](mailto:garcia_leila@hotmail.com).  
Rua Universitária, 2069, Jd. Universitário. Colegiado do Curso de Enfermagem. CCBS.

## Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem aprimorando o acesso da população às ações de saúde, a partir da reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação da rede de serviços na área da Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos em todas as fases da vida<sup>1</sup>.

A APS é vista como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde e pode ser definida como um conjunto de valores (direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade), um conjunto de princípios (responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros) e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde, denominados atributos. São eles: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural<sup>1</sup>.

Dentre seus atributos, destaca-se a **Longitudinalidade**, definida pela existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde<sup>1</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), das 12 características da atenção primária, as que se referem à longitudinalidade são: ser continuada, ou seja, ao longo do desenvolvimento da vida; holística, considerando perspectivas físicas, psicológicas e pessoal do paciente e da sua família – centrado na pessoa e não na doença<sup>2</sup>.

Ao longo do tempo, também no contexto da APS, percebeu-se a criança como um ser em constante desenvolvimento e transformação. Essa constatação gerou a necessidade de adequação das políticas públicas de atenção à essa camada da população, não podendo ser estas fixas e irredutíveis<sup>3,4</sup>.

Tendo as crianças como objeto de estudo, a Longitudinalidade é de grande importância, para que as orientações não se percam e para que o cuidador tenha, além de um local, um profissional como referência para a prevenção e tratamento de agravos à saúde infantil. A criança em seu contexto familiar e comunitário está sujeita a acometimentos em seu processo saúde-doença e vulnerável a agravos que podem comprometer seu estado de saúde. Por isso, o acompanhamento contínuo, com o conhecimento da criança e família não só como portadora de necessidades biológicas, mas em uma perspectiva abrangente, aumenta as chances de um tratamento eficaz.<sup>5</sup>

Considerando a Atenção Primária a porta de entrada para o sistema de saúde e a Longitudinalidade como um atributo essencial e central dessa assistência, questiona-se se no município do estudo o serviço de saúde tem sido direcionado para a atenção primária no que diz respeito a este atributo e ao grau de afiliação.

O grau de afiliação é considerado a estrutura da Longitudinalidade, da qual fazem parte os atributos ligados ao processo da APS<sup>5</sup>. O “processo”, para Donabedian<sup>8</sup>, abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes e é através dessas relações que se obtém os resultados da assistência. Já a “estrutura”, refere-se aos

pontos mais estáveis da assistência de saúde, como objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros<sup>6</sup>.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o grau de afiliação e o princípio da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde em unidades básicas de saúde de um município da região sul do Brasil.

### **Materiais e Métodos**

O presente estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica, desenvolvida concomitantemente em dois municípios da região sul - Londrina e Cascavel - e um da região nordeste - João Pessoa. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, realizada por meio da aplicação do instrumento de Avaliação da Atenção Primária denominado Primary Care Assessment Tool (PCATool) Brasil versão criança. Este artigo apresenta os dados referentes ao município de Londrina – PR, que tem uma população de 537.566 mil habitantes<sup>7</sup> e conta com 53 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 14 em área rural e 39 na área urbana<sup>8</sup>.

A população do estudo foi composta de familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças com idade até doze anos incompletos. Foram excluídos os cuidadores de crianças procedentes da área rural e/ou que utilizavam apenas esporadicamente a unidade para finalidades específicas, como por exemplo, imunização. Para o cálculo do número de participantes, foi realizada amostragem probabilística, casual, simples, estratificada, com partilha proporcional por unidade e região, a partir dos atendimentos realizados com crianças nessa faixa etária, no período de julho a dezembro de 2011. A amostra foi constituída por 609 cuidadores, nas 39 UBS da área urbana.

O instrumento PCATool – Brasil versão criança é composto por 55 itens divididos em 10 componentes. Tem cinco possibilidades de respostas: com certeza sim, provavelmente sim,

provavelmente não, com certeza não e não sei/não lembro. Essas respostas geram um valor médio que é transformado posteriormente em escore de 0 a 10 com base na fórmula descrita<sup>7</sup>.

Valores de escores > ou igual a 6,6 são considerados elevados e equivalentes ao valor 3 ou mais da escala *Likert* e indicam que existe um bom grau de orientação à APS. Valores < 6,6, são considerados baixos<sup>9</sup> e, conseqüentemente, apontam uma avaliação não satisfatória da APS.

Para todos os participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado após concordarem em participar. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), parecer CEP/UEL nº 061/2012 de 15/05/2012, CAAE nº01295412.2.1001.0107.

A coleta de dados se deu no período de agosto de 2012 a janeiro de 2013. Os cuidadores eram abordados na recepção, antes ou depois da consulta médica ou de enfermagem, eram orientados quanto a pesquisa e então convidados a participar.

Os dados foram tabulados e analisados sob forma de estatística simples de distribuição de frequências absolutas e relativas, médias e medianas, apresentado em tabelas. Utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 e Excel 2010.

## **Resultados**

Na análise dos dados socioeconômico<sup>1</sup> (Tabela 1), identificou-se o perfil do principal cuidador, sendo que 78,8% foram de mães, seguido pelos avós, com 13,9%. A idade dos responsáveis pelas crianças foi, em sua maioria, de 20 a 59 anos (87%); 39,7% possuíam filho único, 34,3% possuíam dois filhos e 26% três filhos ou mais. Em relação à escolaridade, 46,2% dos pais tiveram entre 10 a 14 anos de estudo, esse tempo também predominou entre as mães (57,2%); 61,3% eram casados.

Na situação ocupacional paterna o trabalho formal predominou (41,4%) e na ocupação materna verificou-se o predomínio das mães que trabalhavam no lar com 35,8%. A renda mensal de 73,1% girava em torno de 2 a 4 salários mínimos, 18,2% viviam com apenas um salário mínimo, e, na maioria das vezes (86%) três a cinco pessoas dependiam da referida renda. A maioria referiu moradia em casa de alvenaria; e 49,9% relatou o transporte mais usado ser o carro seguido pelo ônibus com 42,7%.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas das crianças de 0 a 12 anos incompletos atendidas em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Londrina-PR, 2013.

Variáveis	%	Variáveis	%
<b>Número de irmãos</b>		<b>Ocupação do pai</b>	
Filho único	39,7%	Formal	41,4%
Com 2 irmãos	34,3%	Informal	22,9%
Com 3 ou mais irmãos	26,0%	Outros	37,7%
<b>Cuidador principal</b>		<b>Ocupação da mãe</b>	
Mãe	78,8%	Formal	29,2%
Avós	13,9%	Do lar	35,8%
Outros	7,3%	Outros	35%
<b>Anos de estudo paterna</b>		<b>Renda Familiar</b>	
5 a 9 anos	34,0%	Um salário mínimo	18,2%
10 a 14 anos	46,2%	Dois a quatro salários mínimos	73,1%
		Outros	8,7%
<b>Anos de estudo materna</b>			
5 a 9 anos	31,9%		
10 a 14 anos	57,2%		
Outros	19,8%		

Sobre a avaliação dos atributos, na Tabela 2 encontram-se discriminados os itens referentes ao Grau de Afiliação, que envolve aspectos relacionados ao conhecimento e ligação entre o usuário do serviço de saúde e os profissionais que prestam os atendimentos nesse serviço. Esse atributo se caracteriza pela responsabilidade que o serviço de saúde tem pelo usuário. Os dados demonstram que em todas as perguntas realizadas o cuidador indicou a UBS como a principal referência para os problemas de saúde da criança (Tabela 2). O profissional médico foi o segundo mais referido.

Tabela 2 - Resultado dos itens do componente Grau de Afiliação e profissional com maior concentração nos resultados (sim/nome), Londrina-PR, 2013.

Indicador	Enfermeiro		Medico		UBS		Outro		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
A1: Onde leva quando necessário	13	2.2	147	25.3	408	70.1	14	2.4	582
A2: Quem melhor conhece a criança	24	5.2	90	19.5	336	72.9	11	2.4	461
A3: Considerado o mais responsável	12	2.5	79	16.7	367	77.4	16	3.4	474

Apesar dos participantes não identificarem um profissional de referência para a saúde da criança, 64,6% atribuíram um bom grau de afiliação com a UBS. O escore para esse atributo foi de 8,4, considerado satisfatório<sup>9</sup>.

Na avaliação do atributo Longitudinalidade, a Tabela 3 apresenta os escores atingidos em cada item deste, obtidos pelas respostas dos cuidadores. Os maiores escores foram atribuídos aos itens: “O profissional responde as perguntas de maneira que você entenda”, “O profissional entende o que você diz ou pergunta”, “O profissional lhe dá tempo suficiente para falar sobre os problemas ou preocupações”, “Você se sente a vontade para falar dos problemas de sua criança ao profissional”, “É o mesmo profissional que atende a criança todas as vezes”, “O profissional sabe a respeito dos medicamentos que a criança toma”, “O profissional conhece a família da criança bastante bem” e por último “O profissional conhece a história clínica completa da criança”. O escore geral do atributo Longitudinalidade foi de 6,1.

Tabela 3 – Valores de escores médios e escores de 0 a 10 para cada item que compõe o atributo Longitudinalidade.  
Londrina-PR, 2013.

Indicador	Escore Médio	Escore 0 a 10
O profissional responde suas perguntas de maneira que você entenda	3,7	9,1
O profissional entende o que você diz ou pergunta	3,7	8,9
O profissional lhe dá tempo suficiente para falar sobre os problemas ou preocupações	3,5	8,3
Você se sente a vontade para falar dos problemas com sua criança ao profissional	3,5	8,3
É o mesmo profissional que atende a criança todas as vezes	3,4	7,8
O profissional sabe dos medicamentos que a criança toma	3,3	7,5
O profissional conhece a família da criança	3,2	7,3
O profissional conhece a história clínica completa da criança	3,2	7,2
O profissional conhece a criança como pessoa mais do que como um problema de saúde	2,5	5,0
Você mudaria para outro serviço de saúde se fosse fácil	2,3	4,4
Pode telefonar para falar com o profissional no serviço que melhor conhece a criança	1,9	3,0
O profissional sabe quais são os problemas mais importantes para a família da criança	1,8	2,7
O profissional de saúde conhece o emprego dos familiares da criança	1,5	1,8
<b>ESCORE GERAL</b>	<b>2,8</b>	<b>6,1</b>

Observa-se que apesar da maioria dos itens terem obtido escores acima do desejado (6,6), o escore geral não atingiu a pontuação necessária para confirmar a presença da Longitudinalidade no serviço avaliado, em função dos baixos resultados atribuídos a alguns dos itens.

## Discussão

A Longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais e os usuários das unidades de saúde, que ocorre quando os mesmos identificam uma fonte de atenção como sua. Além disso, os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte

habitual de atenção orientada para a pessoa e não para a doença. Esse atributo é considerado característica central da APS<sup>1</sup>.

Quando o profissional está inserido no contexto familiar, os fatores e agravos que possam expor essa família a condições desfavoráveis ao processo saúde doença são mais fáceis de serem identificados e considerados na prática de saúde para a intervenção junto com esses indivíduos.

Os dados apontam que a população investigada era composta em sua maioria pela mãe das crianças atendidas. A mãe é considerada uma figura essencial e é quem, na maioria das vezes, leva à criança ao serviço de saúde. Também são elas que melhor sabem cuidar da saúde dos filhos<sup>10</sup>. Portanto, para a avaliação da Longitudinalidade, a presença da mãe na consulta é essencial, pois as informações pertinentes e fidedignas sobre as condições da criança, bem como da família, imprimem qualidade para um atendimento adequado.

O serviço de saúde, para estar de acordo com os princípios da Atenção Primária, precisa ter vínculo com os usuários, mantendo-os afiliados para quaisquer circunstâncias<sup>5</sup>.

A longitudinalidade apresenta efeitos benéficos no sistema de saúde como o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, além de maior satisfação dos usuários<sup>11</sup>.

Na presente pesquisa, os participantes atribuíram bons escores aos itens que avaliaram a comunicação entre profissionais e família, quando responderam positivamente às questões que indagavam se o profissional entende o que a pessoa diz, se responde às suas perguntas e lhe dá tempo para falar. Diante dessas respostas fica claro que a escolaridade tem forte impacto nas condições de saúde dessas famílias, proporcionando melhor compreensão dos cuidados com a saúde da criança e adesão às práticas de saúde. É importante ressaltar a importância do envolvimento e participação do casal nos cuidados com seus filhos.

O único item que foi mal avaliado em a relação à comunicação foi a constatação da falta da possibilidade de ser atendido por via telefônica pelo profissional que melhor conhece a criança, quando necessário (escore 3,0). Nas UBS do município existe o telefone, mas na maioria das vezes são utilizados para uso interno, ou para pequenas comunicações, como a ausência de médico ou suspensão das consultas.

A maioria dos participantes referiu que é o mesmo profissional que atende a criança todas as vezes e que sente vontade de falar de seus problemas ou preocupações para este. Também responderam, em sua maior parte, que a pessoa que o atende na APS conhece a família da criança. As respostas positivas a essas indagações podem indicar um bom vínculo com a equipe de saúde, o que fala a favor da presença do atributo da Longitudinalidade, embora o escore geral tenha sido insatisfatório (6,1).

Estudo realizado em Minas Gerais<sup>12</sup> e no interior do estado de São Paulo<sup>13</sup>, demonstraram um alto valor do escore para este atributo (8,0 em ambas as pesquisas), porém, assim como na atual pesquisa, estudo realizado na capital do Paraná<sup>14</sup>, também apresentou escores abaixo da referência satisfatória. O baixo escore pode estar relacionado ao distanciamento entre o profissional e o paciente, não conseguindo ter o olhar para o todo, família, cultura, mas apenas para a doença do indivíduo.

Com a centralização do gerenciamento do financiamento da área da saúde para o município em questão, por volta do ano de 2005<sup>15</sup>, ocorreu um enfraquecimento da Autarquia Municipal dos Serviços de Saúde, assim estagnaram concursos públicos, contratações temporárias, e qualquer investimento da APS, gerando uma atual queda da cobertura da Estratégia Saúde da Família, o que distancia o profissional do usuário e seu vínculo com o serviço.

Uma melhor identificação de uma fonte regular de atenção deveria estar ligada ao uso mais sólido daquela fonte ao longo do tempo e a melhores relacionamentos interpessoais entre profissionais e pacientes.

Assim, ao longo do tempo é estabelecida uma relação de confiança entre profissional e usuário, porém essa referência por um profissional é dificultada pela alta mudança de profissionais nos serviços de saúde, o que pode ter influenciado o escore geral de longitudinalidade obtido nesta pesquisa.

A rotatividade de profissionais de saúde que se observa nos serviços de saúde revela, entre outros fatores, um descontentamento com as condições de trabalho presentes nessas instituições de saúde. Seja por motivos pessoais ou profissionais, essa situação indica que há algo de errado em sua satisfação e bem-estar com a profissão que escolheram, o que afeta diretamente o atributo desta pesquisa<sup>16</sup>.

Para um atendimento humanizado em um ambiente equilibrado e com uma equipe integrada é necessário que haja condições de trabalho, além de garantia de segurança física, social, financeira e emocional aos profissionais. Todos estes fatores refletem de maneira negativa na qualidade da assistência prestada aos usuários deste serviço.

Apesar de terem obtido escores elevados, a falta do conhecimento da história clínica e dos medicamentos que a criança utiliza, pode gerar prejuízos importantes na assistência adequada à criança. Considera-se que esses itens deveriam ter atingido valores máximos, já que a condução da terapêutica exige que o profissional esteja ciente das condições de saúde da criança.

No presente estudo, os escores dos itens questionados começaram a obter valores menores a partir das questões sobre o conhecimento do profissional que extrapola a questão de saúde da criança. São eles: o conhecimento da criança como pessoa mais do que como um problema de saúde; se o profissional sabe os problemas mais importantes para a família; se o

mesmo saberia da dificuldade da família em obter ou pagar por medicamentos e se o profissional sabe sobre o emprego dos familiares da criança. Este último obteve o menor escore (1,8).

Diante desses resultados, fica evidente que os profissionais não conhecem as famílias, como deveriam, nem sempre levando em consideração os aspectos socioeconômicos e fatores de riscos familiares. Desta forma, pode haver prejuízo na assistência, diminuindo a probabilidade de intervenção precoce no contexto familiar. O desconhecimento da família para além do biológico dificulta a prevenção, reabilitação e tratamento dos problemas de saúde no contexto familiar.

A maioria das famílias tinha um ou dois filhos, tendência observada na sociedade, podendo contribuir para uma melhor assistência e cuidado das crianças, tanto pelas famílias como pelos profissionais, pois, sendo em menor número, suas condições de vida e de saúde poderão ser mais conhecidas e as intervenções selecionadas, mais individualizadas e efetivas.

Na ocupação materna verifica-se o predomínio das mães que trabalham no lar com 35,8%, seguido por aquelas que trabalham com vínculo formal 29,2%, isso justifica o perfil de principais cuidadores serem mães. O que é bom levando em consideração a mãe como figura essencial na saúde das crianças.

Seria importante que os profissionais valorizassem mais as necessidades singulares dos usuários, através da escuta qualificada e certa relação que se estabelece com o usuário na unidade como uma estratégia de cuidar. Seria de grande valia a utilização de um modelo produtor de cuidado, centrado no usuário e em suas necessidades, governando ele mesmo suas ações e guiado por uma vontade que direciona o seu fazer<sup>17</sup>.

O atendimento eficaz não deve estar focado no tratamento da doença em si, mas em compreender o contexto de vivência do paciente onde a doença ocorre, pois esta poucas vezes se dá de forma isolada<sup>1</sup>.

Esse descompasso entre a assistência oferecida e as necessidades individuais das famílias pode justificar em parte o descontentamento com o serviço pelo usuário, mostrado no escore de 4,4 quando questionado se mudaria de serviço de saúde se isso fosse fácil de fazer. Apesar do atributo Grau de Afiliação ter obtido um bom escore em relação à UBS, fica evidente o impacto que a falta de aproximação e criação de vínculo entre usuário e profissional pode gerar. Além disso, as questões estruturais também podem influenciar nessa insatisfação, quando os usuários enfrentam dificuldades de acesso e agendamentos, ambiente inadequado, entre outros.

Um estudo mostrou que apesar da maioria dos usuários referirem estarem satisfeitos com o serviço, há uma grande queixa quanto ao atendimento, falta de humanização e acolhimento<sup>18</sup>. Já no presente estudo analisamos que apesar de referirem satisfação com o serviço, a grande maioria mudaria de serviço se fosse uma possibilidade.

Os atributos estruturais precisam estar bem organizados para que o processo seja realizado. A capacidade do serviço de saúde é que irá gerar a possibilidade da realização dos serviços.

Starfield<sup>1</sup> afirma que o usuário tem direito de escolha da unidade de serviço e do profissional, mudando assim que desejar. Porém, isso não é uma realidade em nível local e nacional.

São muitos os desafios que existem para a melhoria da Atenção Primária à Saúde. Porém, quatro se destacam como prioridade de execução tanto do âmbito do município em estudo quanto nacional. São eles: o subfinanciamento da União e a sustentabilidade financeira do SUS; a inadequação do perfil dos profissionais de saúde, além da sua distribuição geográfica inadequada; a gestão pública ineficiente e burocratizada e por fim o modelo de atenção excessivamente dependente da atenção terciária especializada e dos equipamentos médico-hospitalares<sup>15</sup>.

Para o desenvolvimento do atributo Longitudinalidade se faz necessário a melhoria de todos os pontos acima citados, pois sem o financiamento e gestão não temos um profissional satisfeito com o trabalho, capacitado e consciente da importância do vínculo e continuidade da assistência à saúde da criança.

O papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental para o desenvolvimento deste processo de cuidado contínuo. Vale salientar que a Longitudinalidade do cuidado ocorre com maior frequência em unidades de ESF do que em unidades tradicionais, conforme apresenta um estudo realizado em Petrópolis/RJ. Os dados apontam essa diferença, pois em ESF quase todas as unidades têm uma população geograficamente definida, enquanto clínicas tradicionais não têm. Também os profissionais relatam que na ESF, em geral, há tempo suficiente para o usuário discutir suas dúvidas com o profissional de saúde, enquanto na unidade tradicional esse tempo é mais limitado<sup>11</sup>.

Pela necessidade de melhorias de investimento e gestão pública em Londrina a cobertura da ESF caiu de 77% em 2006 para 57% em 2013, podendo-se crer que é um fator de grande influência no escore insatisfatório do atributo Longitudinalidade<sup>19,08</sup>.

## **Conclusão**

A partir dos resultados deste estudo, é preciso repensar as práticas dos serviços de saúde, em especial nas UBS e considerar os atributos da Atenção Primária como foco na melhoria na qualidade do atendimento e oferta de serviço à nossa população. A Longitudinalidade, junto a todos os outros atributos são considerados fundamentais para esse processo de mudança na prática de saúde.

Fortalecer a relação duradoura entre profissional e usuário, tornar possível acompanhá-los nos diferentes ciclos de vida, conhecer sua individualidade, viabiliza a

elaboração de intervenções mais eficazes, chegando à resolutividade dos problemas com maior rapidez e diminuindo o descontentamento do usuário.

Desta forma, o profissional de saúde deve ser um investigador dos significados das suas ações e das relações estabelecidas com o usuário, para que possa favorecer a Longitudinalidade no cuidado. Por estarem em contato integral com os usuários, os profissionais de saúde devem criar e fortalecer o vínculo com o cuidador, para que assim possam conhecer as características, necessidades e problemas relacionados à saúde da criança.

É importante considerar que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde. Neste sentido, a implantação de práticas avaliativas e de monitoramento do referido atributo surtirá melhores efeitos se estiver no escopo de interesse da gestão.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. OMS. Organização Mundial de Saúde. Health promotion: **A discussion document in the concept and principles**. Copenhagen: Who Regional Office for Europe, 1978.
3. Novaczyk AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Rev Eletr Enf**. 2008;10(4):1124-37.
4. Erdmann AL, Sousa FGM, Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. 2009; 33(2):150-160.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. **La Prensa Médica Mexicana**. México. 1984; 1-192.

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . **Séries estatísticas e séries históricas**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/series\\_estatisticas/exibedados.php](http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php)>. Acesso em: 27 ago. 2012.
8. Londrina. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria da Saúde e Promoção Social. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em : <<http://www.londrina.pr.gov.br/index.php>>. Acesso em: 17 novembro 2013.
9. Starfield B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press; 1992.
10. Santos MA, Henrique VC, Silva VC. A compreensão das mães a cerca da consulta de puericultura numa Unidade Saúde da Família. **Rev Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, 2012.
11. Baratieri, T; Silva SM. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 out-dez; 15 (4):802-810.
12. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras Saúde Matern. Infant.** 2011; 11(3): 323-334.
13. Furtado, MCC, et al. Avaliação da Atenção à Saúde de Crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar.-abr. 2013; 21(2): [8 telas]
14. Chomatas ERV. **Atenção primária da rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2000** [dissertação] Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
15. Almeida MJ. **A organização dos Serviços de Saúde em Londrina. Antigos e Novos Registros de uma Experiência em Processo**. 1 Ed. 2013. 226 p.
16. Stancato, K; Zilli, P,T. **Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura**. RAS \_ Vol. 12, nº47 – Abr-Jun, 2010.
17. Abrahão A.L; Souza R.F. Trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família – aspectos da prática promocional em saúde. **Rev Rene**. 2013; 14(4):740-7.
18. Moimaz SAS. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [ 4 ]: 1419-1440, 2010.
19. Londrina. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria da Saúde e Promoção Social. **Plano Municipal de Saúde 2006/2007**. Disponível em : <<http://www.londrina.pr.gov.br/index.php>>. Acesso em: 17 novembro 2013.

## *7.2 ARTIGO 2*

**Avaliação do Acesso, Coordenação e Integralidade na Atenção Primária à Saúde da Criança em Município do Sul do Brasil**

Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança

**Evaluation of Access, Coordination and Completeness in Primary Health Care of Children in a Municipality of South Brazil**

Evaluation of Primary Health Care of Children

**Evaluación del Acceso, Coordinación y Integridad en la Atención Primaria de la Salud del Niño en municipio del Sur de Brasil**

Evaluación de la Atención Primaria de la Salud del Niño

Barbara de Andrade Alves<sup>1</sup>, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla<sup>2</sup>, Edilaine Giovanini Rossetto<sup>3</sup>, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>4</sup>, Louise Fontana<sup>5</sup>, Gisleine Tiemi de Souza<sup>6</sup>

Agradecimento: Ao CNPq pelo financiamento da pesquisa por meio do edital 014/2011, processo nº 474743/2011-0

---

\*Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde da Criança em município do sul do Brasil”, defendida em 03/12/2013, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Financiado pelo CNPq.

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Fone: (43) – 3°29-6236/ (43) 9937-7760. Av. Paul Harris, 88 apto 106, bloco 04. CEP: 86039280, Londrina – PR. Email: andradealves.b@gmail.com.

2. Enfermeira. Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Av. Robert Koch nº 60, Vila Operária, 3º andar, Departamento de Enfermagem, CCS, UEL, CEP: 86038-440, Londrina, Paraná, Brasil. Email: maurentacla@gmail.com

3. Enfermeira. Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Av. Robert Koch nº 60, Vila Operária, 3º andar, Departamento de Enfermagem, CCS, UEL, CEP: 86038-440, Londrina, Paraná, Brasil. Email: ediluizrossetto@gmail.com

4. Enfermeira. Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil. Rua Universitária, 2069, Jardim Universitário, Curso de enfermagem, CCBS, Unioeste, Cascavel, Paraná, Brasil. Email: beatriz.oliveira@unioeste.br

5. Acadêmica do 3º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Ipirorã, PR, Brasil. Rua Padre Vitoriano Valente 1282. Email: louise.fontana@hotmail.com

6. Acadêmica do 3º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. Email: gisa\_tiemi@hotmail.com

**Resumo**

Avaliar a Atenção Primária à Saúde com foco na adesão e desempenho dos atributos, antes mesmo da realização de análises simples de indicadores, permite conhecer a orientação do serviço a estes princípios, os quais asseguram uma maior efetividade da atenção disponibilizados. Este estudo teve como objetivo avaliar os atributos Acesso, Coordenação e Integralidade da Atenção Primária à Saúde das crianças menores de 12 anos, em Londrina, Paraná. Caracteriza-se como parte de uma pesquisa multicêntrica, avaliativa, quantitativa. Utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool - Brasil versão criança, aplicado a 609 cuidadores de crianças menores de 12 anos. Apresentaram grau de orientação satisfatório para Atenção Primária à Saúde os atributos Acesso de Primeiro Contato – Utilização (9,4), Coordenação-Integração de Cuidados (7,4), Coordenação-Sistema de informações (7,6) e Integralidade-Serviços prestados (6,9). Podemos concluir que o vínculo com a Atenção Primária à Saúde é bom, porém seu acesso ainda é difícil, com uma coordenação estável e uma maior necessidade de recursos e gestão para se alcançar o cuidado integral.

**Palavras – chave:** Avaliação de serviços de saúde; Atenção primária à saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde da Criança.

**Abstract**

Evaluate the Primary Health Care with focus on the grip and performance attributes , even before carrying out simple analyzes of indicators allows to know the orientation of the service to these principles , which ensure greater effectiveness of the care provided. This study aimed to evaluate the attributes Access, Coordination and Completeness of Primary Health Care to children under 12 years, in Londrina, Paraná . Characterized as part of a, evaluative, quantitative multicenter study. We used the Primary Care Assessment Tool instrument child version, applied to 609 caregivers of children under 12 years. Presented satisfactory degree of orientation for the Primary Health Care Access First Contact attributes - Using ( 9.4 ) , Coordination of Care Integration ( 7.4 ) , Information Coordination System ( 7.6 ) - completeness and Services Provided ( 6.9 ). We can conclude that the link with the Primary Health Care is good , but access to them is difficult, with a stable coordination and a need for better resource management and for the real action to comprehensive care .

**Key words** : Assessment of health services; primary health care; Health Services Accessibility; Child Health .

## Resumen

Evaluar la Atención Primaria de Salud con enfoque en el foco de los atributos de agarre y rendimiento, incluso antes de llevar a cabo los análisis simples de indicadores permite conocer la orientación del servicio a estos principios, que garantizan una mayor eficacia de la atención recibida. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los atributos Acceso, Coordinación e Integridad de la atención primaria de la salud de los niños menores de 12 años, en Londrina, Paraná. Caracterizado como parte de un estudio multicéntrico , evaluativa , cuantitativa. Se utilizó la versión del equipo infantil Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria , aplicado a 609 cuidadores de niños menores de 12 años. Presentado grado satisfactorio de orientación para la Primaria Acceso a cuidados médicos Primer Contacto atributos - Usando ( 9.4 ) , la Coordinación de Integración Care ( 7,4 ) , el Sistema de Coordinación de la Información ( 7.6 ) -completitud y servicios proporcionados ( 6.9 ) . Podemos concluir que el vínculo con la atención primaria de salud es bueno, pero el acceso a ellos es difícil, con una coordinación estable y una necesidad de una mejor gestión de los recursos y para la acción real a la atención integral .

**Palabras clave :** Evaluación de los servicios de salud; Atención primaria de salud , Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud infantil.

## **Introdução**

A Constituição de 1988, que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 196, trata a saúde como dever do Estado e direito de todos. Também, no artigo 198, dispõe que os serviços de saúde, assim como suas ações devem integrar uma rede de hierarquização e regionalização, organizados de acordo com as diretrizes de centralização, integralidade no atendimento - sem gerar custos para o cliente - e ter participação da população em suas ações.<sup>1</sup>

Dos vários setores de desenvolvimento do SUS, a atenção à saúde da criança tem sido foco de grande preocupação entre os profissionais, gestores e políticos, representando um campo de grande investimento.<sup>2</sup>

Os resultados positivos se refletem na expressiva redução do índice de mortalidade infantil nacional que, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), caiu cerca de 77% nos últimos 22 anos. De acordo com o Relatório de Progresso 2013 sobre o Compromisso com a Sobrevivência Infantil: uma promessa renovada, a taxa de mortes de crianças com menos de cinco anos era de 62 por mil nascidos vivos em 1990 e em 2012 baixou para 14 por mil nascidos vivos. Apesar da redução deste índice nas últimas décadas, os valores são altos com necessidade de novas ações para a melhoria da qualidade da atenção primária para as crianças.<sup>3</sup>

No município de Londrina, no estado do Paraná, o índice de mortalidade infantil é de 9,54% com queda em relação ao ano de 2010 que apresentava o valor de 11%. As políticas relacionadas à Saúde da Criança implantadas no município são: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; Programa Saúde na Escola; Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno/Comitê de Estimulo ao Aleitamento Materno (CALMA); Atendimento à vítima de violência à criança e ao adolescente: Programa de Suplementação de Vitamina A e Ferro<sup>4</sup>.

No entanto, acredita-se que para a implantação de ações satisfatórias, é necessário minimizar os fatores impeditivos como a falta de verbas, despreparo ou qualificação insuficiente de profissionais. Observa-se que a formação da integralidade é sujeita à complexidade de relacionar o trinômio trabalhador, gestor e usuário, o que requer muito trabalho, não se resumindo apenas à criação de conceitos, metodologias do saber e sua aplicabilidade<sup>5</sup>.

Neste contexto, enfatiza-se a importância do cotidiano dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pois é através deles que a construção e concretização desse desafio interferem nas práticas do assistir. Para sua otimização a Atenção Primária enfoca a saúde na

constelação dos outros determinantes, como o meio social e físico em que a população vive, além de seu histórico emocional e econômico. É pela Atenção Primária que ocorre a entrada no sistema de saúde para necessidades e problemas novos. Ela tem como foco o indivíduo e não a doença, mas se atenta a todas as condições, menos as muito raras, e também coordena o atendimento fornecido por outros serviços. Além disso, forma a base e determina o trabalho dos outros níveis de saúde, aborda os problemas mais presentes na comunidade, oferece programas para cura, prevenção e reabilitação da saúde<sup>6</sup>.

Ao longo do tempo, no contexto da APS, percebeu-se a criança como um ser em constante desenvolvimento e transformação. Essa constatação gerou a necessidade de adequação das políticas públicas de atenção à infância, não podendo ser estas fixas e irreduzíveis<sup>2,7</sup>.

Quando a APS se encontra enfraquecida acarreta consequências que podemos observar no processo de saúde e doença da população. Estudo realizado em Londrina-PR<sup>8</sup> que analisou o período de 1999 a 2010, mostrou que 80% das crianças hospitalizadas neste período permaneceram internadas por no máximo 7 dias. E que as causas da internação foram as doenças respiratórias e parasitárias, consideradas de hospitalização evitável e sensíveis à efetividade da atenção básica. Em âmbito nacional, mais de 50% das hospitalizações ocorrem pelo mesmo motivo<sup>9</sup>.

É nesse contexto que se indaga quanto à qualidade da atenção à saúde da criança prestada na APS: além dos avanços e dificuldades na operacionalização de práticas e ações, bem como o efeito ou impacto das estratégias para o grupo infantil, seu acolhimento e a coordenação das ações e o cuidado integral.

O conceito de integralidade para Starfield<sup>6</sup> refere-se a uma variedade de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. A assistência que a unidade de saúde deve ofertar para que os usuários recebam um atendimento integral, fazendo uma conexão com o indivíduo não apenas doente, mas seu envolvimento cultural e psicossocial, através de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Este conceito remete à variedade disponível de serviços, ou seja, o quanto essa disponibilidade atende às necessidades comuns de certas populações, que parte dos atributos essenciais da APS definidos por ela. A autora<sup>6</sup> ressalta que é errôneo pensar que se há maior variedade e disponibilidade de serviços, o cuidado será melhor contemplado. Isto se explica pelo fato de que a variedade de serviço pode não condizer com as necessidades específicas daquela população. Para tanto, assegura-se que a integralidade é capaz de ajustar-se às necessidades de uma certa comunidade assistida.

Starfield<sup>5</sup> ainda enfatiza que a atenção primária é a “porta de entrada” para a saúde individual, embora se oponha em dizer que seja apenas um dos componentes principais de atenção. Em relação aos profissionais, observa-se que a integralidade requer disponibilidade de serviços e tecnologias, caso contrário fica evidente a dificuldade em se manter a competência de seus profissionais. Essas necessidades podem variar de uma população para outra e representam um dos principais desafios para a concretização da integralidade.

Porém, não haverá grandes melhorias se existir o serviço mas não existir a coordenação. Sem ela a integralidade passa a ser dificultada, o acesso de primeiro contato se transforma num fator especificamente administrativo e as orientações ficam dispersas, como palavras perdidas sem direção. A coordenação é um “estado de harmonia numa ação ou esforço em comum”, em que as informações sobre algum problema se tornam disponíveis, associada a serviços anteriores, transformando a mensagem recebida em ação necessária relacionada à necessidade do presente atendimento<sup>6</sup>.

A coordenação necessita de um meio para que as transferências de informações do paciente não se percam, e os métodos para que isso ocorra, podem ser a continuidade dos profissionais, atenção compartilhada, prontuários médicos e informações computadorizadas<sup>6</sup>.

Através dos meios de transferência de informações, iremos atingir a continuidade no atendimento, na qual é o elemento estrutural essencial, pois é pela coordenação que o profissional de saúde ficará ciente de todos os problemas apresentados, para um melhor manejo e detecção. Isso se daria mais facilmente, se sempre o mesmo profissional de saúde realizasse o atendimento, porém se houver meios adequados de transferência, a sucessão de eventos também acontecerá<sup>6</sup>.

A avaliação da APS deveria focar na aderência e desempenho de seus atributos antes mesmo da realização de análises simples de indicadores, pois estes princípios asseguram uma maior efetividade da atenção disponibilizada<sup>10</sup>.

Assim este estudo teve como objetivo avaliar o grau de orientação da Atenção Primária à Saúde, em relação aos atributos Acesso, Integralidade e Coordenação, para crianças menores de 12 anos, em Londrina, Paraná.

## **Material e Métodos**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de caráter quantitativo, que faz parte de um estudo multicêntrico entre as cidades de Londrina e Cascavel no estado do Paraná e João Pessoa na Paraíba. Os locais de coleta de dados incluíram 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS), da área

urbana do município de Londrina. A população do estudo foi composta por familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças menores de 12 anos.

O cálculo amostral foi obtido pelo número de atendimentos nas UBS, realizados no período de julho a dezembro de 2011, nas unidades mencionadas, compreendendo a faixa etária até 12 anos, sendo o número total de atendimentos igual a 38.138.

A partir desse dado, foi estimado o tamanho da amostra para a aplicação do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) - Brasil versão criança nos serviços elencados, por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por região, unidade e número de crianças por cada unidade. O número total de participantes em Londrina foi de 609 e a margem de erro adotada foi de 5%, com intervalo de confiança de 95%. A escolha dos participantes se deu por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica ou puericultura. Assim, começamos convidando o último familiar da fila de espera para entrevista e, caso este não aceitasse, o imediatamente anterior e assim sucessivamente, até completarmos a cota amostral estabelecida para a unidade.

Neste estudo, foram analisadas as questões relacionadas aos atributos Acesso (utilização e acessibilidade), Coordenação (integração de cuidados e sistema de informações) e Integralidade (serviços prestados e disponíveis), que correspondem aos itens B (B1 a B3), C (C1 a C6), E (E1 a E6), F (F1 a F3), G (G1 a G9), H (H1 a H5), respectivamente, do formulário mencionado.

Para coleta e avaliação dos dados foi seguido o formulário conforme validação realizada por Harzheim et al.<sup>11</sup>, cujo manual de utilização foi publicado pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>10</sup>. As respostas são do tipo *Likert*, com possibilidade de escolha entre 1 a 4 para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens 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).

Após a obtenção dos dados dos atributos, os valores foram transformados em uma escala contínua, variando entre zero a 10, com a utilização da seguinte fórmula:

$$\text{Escore ajustado} = [(\text{escore obtido}-1)]/(4-1) \times 10.$$

Valores de escores > ou igual a 6,6 foram definidos como elevados e equivalentes ao valor 3 ou mais da escala *Likert*, portanto, os valores abaixo desse patamar foram considerados baixos<sup>12</sup>.

Como referencial teórico foi adotado Barbara Starfield trabalhando sobre a APS e com bases nas teorias de Avedis Donabedian, sobre estrutura e processo.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob parecer nº 061/2012 e CAAE 01295412.2.1001.0107. O convite ao cuidador para participar da pesquisa foi realizado quando o mesmo procurou a UBS para atendimento da criança, sendo neste local realizada a coleta de dados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## **Resultados**

Neste estudo, das 609 entrevistas realizadas, as mães foram consideradas as principais cuidadoras das crianças com 79,2%, seguidas pelas avós com 13,9% e em sua maioria (87,2%) tinham entre 20 a 59 anos. Sobre o número de filhos por família, 39,7% tiveram apenas um filho seguido das que possuíam dois filhos com 34,3%. Em relação à escolaridade, 54,9% dos cuidadores estudaram acima de 10 anos. As mães eram do lar em sua maioria (35,8%) e os pais trabalhadores formais compreendiam 41,4%. Quanto ao tipo de união dos pais, 61,3% eram casados, 16,6% em união estável e 12,7% solteiros.

Quando questionados sobre a renda familiar, 78,2% afirmaram obter de 2 a 4 salários mínimos mensais, sendo que em 85,8% dos casos dependiam desta renda de três a cinco pessoas. Possuíam casa própria 50,5% dos entrevistados e tinham como principal meio de transporte o carro (49,9%).

Quando avaliado o atributo Acesso no seu componente Utilização o resultado foi altamente positivo com o escore de 9,4, com o valor máximo de 10 quando questionado “se a criança tem um novo problema de saúde você vai a unidade de saúde de costume antes de ir a outro serviço,” as outras duas questões que completavam este componente também foram satisfatórias quando ao grau de orientação à APS.

Compondo o atributo Acesso de Primeiro Contato temos a Acessibilidade. Este componente apresentou escore de 4,8, não estando orientado para a APS, sendo que todos os itens foram avaliados como não satisfatórios (escores abaixo de 6,6), como é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Medidas descritivas dos Escores Médios e Escores (0-10) do Atributo/Componente **Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade** da Atenção Primária à Saúde da Criança, segundo os cuidadores, no Município de Londrina, 2013

Indicadores	Escore	Escore
	Médio	0-10
Quando o (a) “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	2,8	6,1
Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	2,5	4,9
É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança (“consulta de rotina”) no(a) “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	2,9	6,5
Quando você chega no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/ enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	1,6	2,1
É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” quando você pensa que é necessário?	2,4	4,7
Quando o “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	2,3	4,4
Escore Geral	2,4	4,8

O atributo Coordenação, foi subdividido no manual do PCATool<sup>10</sup>, em duas categorias: Integração de cuidados e sistema de Informações. Na Tabela 3 estão apresentados os itens referentes à Integração de Cuidados. Esse item expressa a relação entre a UBS e o atendimento de especialistas, apresentando o escore geral de 7,4.

Tabela 3- Medidas descritivas dos Escores Médios e Escores (0-10) do Atributo/Componente **Coordenação-Integração de Cuidados** da Atenção Primária à Saúde da Criança, segundo os cuidadores, no Município de Londrina, 2013

Indicador	Escore	Escore
	Médio	0-10
O (a) “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu/indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”	3,4	8,1
O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	3,5	8,3
O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	3,2	7,4
Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	3,0	6,6
O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	3,0	6,6
Escore Geral	3,2	7,4

A Coordenação dos serviços de informação espelha como se desenvolve a troca de registros da criança, como carteira de vacinação e outros exames, além do preenchimento e presença de prontuários na consulta e o acesso do cuidador a este. Neste item o valor do escore geral foi próximo ao anterior (7,6) e podemos ver os escores de cada questão respondida na Tabela 4.

Tabela 4- Medidas descritivas dos Escores Médios e Escores (0-10) do Atributo/Componente **Coordenação-Sistema de Informações** da Atenção Primária à Saúde da Criança, segundo os cuidadores, no Município de Londrina, 2013

Indicador	Escore	Escore
	Médio	0-10
Quando você leva sua criança no (a) “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	3,8	9,2
Quando você leva sua criança no “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?”	3,7	8,9
Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	2,4	4,7
Escore Geral	3,3	7,6

Outro atributo avaliado foi a Integralidade. Esta avaliação foi realizada tendo como base duas categorias, a de Serviços disponíveis e Serviços prestados. O primeiro grupo de questões apresentado na Tabela 5 elenca os serviços disponíveis na unidade e as respostas do cuidador sobre a presença e utilização destes, totalizando um escore de 6,4 para este grupo.

Tabela 5- Medidas descritivas dos Escores Médios e Escores (0-10) do Atributo/Componente **Integralidade-Serviços Disponíveis** da Atenção Primária à Saúde da Criança, segundo os cuidadores, no Município de Londrina –PR

Indicador	Escore Médio	Escore 0-10
Vacinas (imunizações).	3,9	9,6
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	3,6	8,6
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	3,5	8,2
Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	3,0	6,6
Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	2,9	6,4
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	2,6	5,4
Sutura de um corte que necessite de pontos.	2,6	5,5
Aconselhamento para problemas de saúde mental.	2,4	4,6
Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	2,2	3,9
Escore Geral	2,9	6,5

Analisando o subitem Integralidade - Serviços prestados obtivemos um escore geral de 6,927. Na Tabela 6 são apresentados os escores fracionados por questões, que representam se o cuidador recebeu orientações sobre alimentação da criança, segurança no lar, crescimento e desenvolvimento e seu comportamento.

Tabela 6- Medidas descritivas dos Escores Médios e Escores (0-10) do Atributo/Componente **Integralidade-Serviços Prestados** da Atenção Primária à Saúde da Criança, segundo os cuidadores, no Município de Londrina –PR

Indicador	Escore	Ep
Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	3,7	8,9
Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi .	3,3	7,6
Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	3,0	6,8
Maneiras para manter sua criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	2,9	6,3
Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	2,5	5,1
Escore Geral	3,1	6,9

## Discussão

Os resultados apresentados evidenciam que os atributos Acesso de Primeiro Contato - Utilização, Coordenação, tanto do item Integração dos cuidados e Sistemas de informações, assim como o atributo Integralidade – Serviços prestados, foram melhor avaliados pelos cuidadores do que os atributos Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade e Integralidade – Serviços disponíveis.

Acesso pode ser descrito como o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde, nessa definição, o eixo do conceito é deslocado dos elementos que o compõem para seus resultados e acesso passa a ser sinônimo de uso, além de ser incorporado ao conceito da dimensão temporal, caracterizando assim a parte do instrumento do atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização<sup>10,13</sup>.

A avaliação desse atributo foi altamente positiva com o escore de 9,4, em estudo realizado em Ribeirão Preto<sup>14</sup> o valor também foi satisfatório, 8,7, porém, resultados muito diferentes foram encontrados sobre este atributo em outros estudos que apresentaram valores abaixo do satisfatório, sendo 4,7 na cidade de Curitiba-PR<sup>15</sup> e 5,5 em Montes Claros-MG<sup>16</sup>. Verificamos que o município de estudo apresentou um bom escore, pois existe um vínculo do usuário com a unidade e este busca o serviço e o tem como referência antes de qualquer outro,

Harzheim, 2013, também encontrou valores satisfatórios para este atributo em uma avaliação no Rio de Janeiro<sup>17</sup>.

Starfield<sup>6</sup>, afirma que a ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que esse ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária e terciária). A autora opta por denominar esse acesso inicial, de forma mais clara, como “porta de entrada”.

A acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Em nosso estudo a acessibilidade obteve escore 4,8, valor considerado não satisfatório para o grau de orientação deste atributo na APS. É muito importante refletir sobre o que gera a insatisfação do usuário, pois, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto de destaque da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato<sup>16</sup>.

Não apenas, mas em especial neste momento, a Estratégia Saúde da Família, deveria estar totalmente atuante para a criação do vínculo, o direcionamento e orientação do usuário para a APS. O município em estudo, em 2008, já contou com 102 equipes de saúde da família, com cobertura de 76% da ESF<sup>18</sup>. Devido a alterações na gestão pública, influências políticas e financiamento inadequado<sup>19</sup>, hoje estamos com uma cobertura de apenas 57% da população e 68 equipes. Vale lembrar que o município possui 53 UBS e uma população de mais de 500 mil habitantes<sup>20</sup>. Essa defasagem pode contribuir em grande escala para a queda da boa avaliação da efetividade da APS.

A efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis. Não se é válido avaliar efetividade sem diagnosticar os pontos de estrutura e processo do que será avaliado. A estrutura compreenderá: objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; e o processo, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes<sup>21</sup>.

Verificamos, por meio do Acesso de Primeiro Contato, que na parte da estrutura em que é avaliada a utilização, o resultado obtido foi positivo, pois o usuário busca e necessita deste serviço e o vê como um lugar onde poderá encontrar atendimento para a criança. No entanto, no que se refere ao processo, percebemos que existe dificuldade para agendamento de consulta, para o atendimento rápido e outras vias de contato como telefone.

A acessibilidade pode ser vista como caráter ou qualidade do que é acessível e possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde. Em linhas gerais, acessibilidade refere-se às características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade<sup>10</sup>.

A Coordenação é indispensável para a concretização dos outros atributos da APS, mesmo com um Acesso adequado, já que implica no conhecimento, pelo profissional de saúde, de todos os problemas de saúde do paciente. As informações disponibilizadas, juntamente com os serviços anteriores e o reconhecimento da informação do presente atendimento, necessitam estar relacionados para atender às necessidades atuais, dando assim continuidade ao atendimento prestado<sup>6</sup>.

Em outros estudos realizados em Ribeirão Preto no estado de São Paulo<sup>14</sup>, Curitiba no estado do Paraná<sup>15</sup> e em Montes Claros no estado de Minas Gerais<sup>16</sup>, o atributo Coordenação também teve avaliação satisfatória pelos cuidadores, atingindo os escores de 9,0, 6,9 e 7,7 respectivamente. Vale ressaltar que nas duas últimas cidades nas pesquisas não apresentaram separadamente os valores dos subgrupos dentro da Coordenação.

Na categoria Integração dos cuidados, apenas o item que questiona o cuidador se o médico da criança conversou sobre a consulta que esta fez com o especialista recebeu valor de escore inferior ao satisfatório ( $\geq 6,6$ )<sup>12</sup>. Podemos identificar alguns desafios na Coordenação, dentro do processo da APS (vários membros da equipe com informações diferentes) e com os especialistas tanto de curta duração como de longa duração<sup>5</sup>. A Coordenação também possui desafios entre os casos de referência e contrarreferência e entre os diferentes setores (educação, saneamento, transporte etc.)<sup>11</sup>.

Os coordenadores se deparam com desafios na unidade de saúde (vários membros da equipe com informações diferentes), na integração entre os níveis assistenciais e na referência e contrarreferência, tanto na intervenção de curta duração, quanto de longa duração, pois exige diálogo contínuo entre os níveis de atenção e depende de melhores meios de transferência de informação<sup>6</sup>.

Quando perguntado ao entrevistado se ele poderia ter acesso para ler o prontuário da criança, obtivemos escore significativamente baixo, o que demonstra a falta de informação fornecida para os usuários sobre seus direitos. As portarias do Ministério da Saúde nº 1286 de 1993 - art. 8º e nº 74 de 1994<sup>22</sup> garantem que “O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento”, devendo este receber informações quanto a isso.

Os sistemas de saúde podem potencializar a Coordenação entre os níveis assistenciais por meio das seguintes reformas: aprimoramento das informações descritas nos prontuários de saúde; utilização de tecnologias (ex. computadores com anotações do paciente); mudança no primeiro nível de atenção para atender às demandas das doenças crônicas; revisar a destinação de recursos no setor ambulatorial dado o progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível<sup>6</sup>.

A análise das dimensões do atributo Integralidade realizada separadamente avaliando cada questão e não somente o valor final do atributo como um todo, possibilitou uma visão dos diferentes itens envolvidos e um diagnóstico dos serviços disponíveis e prestados nas UBS na percepção dos cuidadores. Essa maneira de avaliação e interpretação também foi usada em um estudo de avaliação da APS no município de São Paulo<sup>23</sup>. Neste estudo, como no nosso, o item vacinação foi o que recebeu maior destaque, porém, os demais serviços disponíveis receberam escores abaixo de 6,6 em todos os itens. Esse resultado foi atribuído a seu maior controle pelos sistemas de informação das UBS, procura dos agentes comunitários de saúde pelos atrasos nas carteiras de vacinação da criança e ainda às campanhas realizadas que administram não só a vacina em vigência, mas também aproveitam a oportunidade para atualização do calendário vacinal<sup>23</sup>. No entanto, nosso estudo se diferenciou por apresentar valor satisfatório ainda nos itens de planejamento familiar e aconselhamento para HIV. Outros estudos avaliativos da APS apresentaram apenas a visualização do escore final do atributo e não cada questão que o compõe<sup>24-26</sup>.

O elenco de serviços melhor reconhecido pelos usuários estão relacionados à promoção e prevenção da saúde, como planejamento familiar, complementação nutricional e participação de programas sociais. Porém, quando se trata de acompanhamentos que requerem longitudinalidade e serviços de apoio, como nas áreas de saúde mental e intervenção ao uso de álcool e drogas, a avaliação se apresentou menos frequente.

O componente Integralidade – serviços disponíveis deve ser considerado importante, pois avalia a estrutura, sendo esta a variedade de serviços que a APS deve dispor, devendo cada unidade reconhecer e estar capacitada para manejar os problemas de saúde da população a ela vinculada<sup>24, 27</sup>.

A avaliação do processo se relaciona aos serviços prestados pelo profissional da APS para a criança<sup>24</sup>. Neste estudo, as questões que avaliavam se o cuidador recebeu informações sobre como manter a segurança da criança, mantê-la saudável, alimentação, mudanças no crescimento e desenvolvimento receberam uma avaliação satisfatória através dos escores, salvo quando questionado sobre as orientações recebidas de como lidar com o

comportamento. Vemos assim a necessidade de se avaliar e cuidar da criança como um ser holístico, englobando as áreas biopsicossociais, para que o cuidador possa ter a direção de como auxiliá-la em seu comportamento. É recomendado pelo Ministério da Saúde que o profissional aborde este tema na avaliação da criança<sup>28</sup>.

### **Conclusão**

O estudo demonstrou que o vínculo do usuário, em nosso caso, o familiar da criança, com a APS é bom, gerado pela possibilidade da utilização desta, sendo baixa a associação direta com o médico e ainda menor com o enfermeiro. Infelizmente, seu acesso ainda é difícil, com restrições de agendamentos e consultas, demora para o atendimento e ainda a impossibilidade de utilizar recursos tecnológicos de comunicação para ter acesso às informações. A necessidade de melhorar o olhar para a criança também foi diagnosticada, pois esta ainda é vista muitas vezes apenas como um ser que tem a doença, mas não se conhece seu ambiente familiar, situação econômica e sua cultura.

A análise do atributo Coordenação, obteve alto escore, ou seja, este atributo está sendo capaz de exercer sua função, que é coordenar o sistema e estar ciente dos problemas de saúde do indivíduo, para a continuidade do atendimento independentemente do local em que ocorram as intervenções. Apesar de ter apresentado uma avaliação insatisfatória muitos dos itens da Integralidade – Serviços Disponíveis obtiveram boa percepção pelo usuário como as vacinas e o planejamento familiar. Foi perceptível a necessidade da informação e a real disponibilidade dos serviços de sutura, aconselhamento sobre álcool, drogas e saúde mental. Dentro dos serviços prestados, houve falha na orientação sobre como lidar com o comportamento da criança.

A despeito das avaliações insatisfatórias para os componentes avaliados, não se pode deixar de apresentar aqueles aspectos considerados favoráveis como, o usuário se sentir a vontade no ambiente do serviço, contar seus problemas e confiar no profissional, buscando a mesma unidade sempre que necessário e não querendo mudar para outro local. Deve-se trabalhar com os pontos ainda falhos, com treinamento das equipes de saúde, divulgação dos resultados para os gestores municipais e realizando a troca de informações com outros trabalhos científicos realizados no mesmo segmento.

## Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
2. Novaczyk AB, Dias NS, Gaiva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10:1124-37.
3. Unicef. Committing to child survival: A promise renewed. Progress Report 2013. New York, NY. 2013; 1-52.
4. Londrina. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria da Saúde e Promoção Social. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em : <<http://www.londrina.pr.gov.br/index.php>>. Acesso em: 17 novembro 2013.
5. Gomes MCOA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface-comunic. Saúde, Educ. 2005; 9: 287-301.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
7. Erdmann AL, Sousa FGM, Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. O Mundo da Saúde. 2009; 33(2):150-160.
8. Costa k. Tendências das taxas de internação em menores de cinco anos no período de 1999 a 2010 em Londrina-PR. [Dissertação]. [Londrina]: Universidade Estadual de Londrina; 2012. 109 p.
9. Oliveira BRG, Silveira C, Collet N, Garcia AR. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiologia. 2010; 13(2): 268-77.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care

assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

11. 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*. 2006; 22 (8):1649-1659.

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

13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Pública*. 2004; 20(2):190-198.

14. Furtado, MCC, et al. Avaliação da Atenção à Saúde de Crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Ver. Latino-Am. Enfermagem*. mar.-abr. 2013; 21(2): [8 telas]

15. Chomatas ERV. *Atenção primária da rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2000 [dissertação]* Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

16. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011; 11(3): 323-334.

17. Harzheim E. *Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro*. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 89 p.

18. Londrina. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria da Saúde e Promoção Social. Plano Municipal de Saúde 2006/2007. Disponível em : <<http://www.londrina.pr.gov.br/index.php>>. Acesso em: 17 novembro 2013.

19. Almeida MJ. *A organização dos Serviços de Saúde em Londrina. Antigos e Novos Registros de uma Experiência em Processo*. 1 ed. 2013. 226 p.

20. Londrina. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria da Saúde e Promoção Social. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em : <<http://www.londrina.pr.gov.br/index.php>>. Acesso em: 17 novembro 2013.
21. Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México. 1984.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos do Paciente. Portaria do Ministério da Saúde nº1286, 1993.
23. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo. 2011; 20(4): 948-960.
24. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2012; 28(9): 1772-1784.
25. Elias P. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2006; 11(3): 633-641.
26. Ibañez N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2006; 11(3): 683-703.
27. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da família em la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese]. [Espanha]: Universidade de Alicante; 2004.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, 2012

*8. CONSIDERAÇÕES  
FINAIS*

Neste estudo avaliamos a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde da criança. Convém lembrar que o processo de avaliação deve ser sistemático para assim obter um melhor desempenho, o que foi possível garantir através do instrumento PCATool.

No município pesquisado os atributos essenciais de Acesso de Primeiro Contato – Utilização, Coordenação – Integração de cuidados, Coordenação – Sistema de informações e Integralidade- Serviços prestados, receberam escores satisfatórios, através dos cálculos das respostas dos cuidadores das crianças.

Todavia, a avaliação não foi satisfatória para os atributos Acesso de Primeiro Contato – Utilização, Longitudinalidade, Integralidade – Serviços disponíveis. As lacunas encontradas nesse sistema se deram pelo tempo prolongado enquanto se aguarda o atendimento, filas, dificuldade de agendamento imediato de consultas, acesso de informações por telecomunicação.

Diretamente ligado a Longitudinalidade percebeu-se a necessidade de ver a criança não apenas como um ser doente, tendo a necessidade do profissional conhecer mais o ambiente em que ela vive, seus costumes, cultura e condições econômicas. A disponibilidade dos serviços relacionada a álcool e drogas, saúde mental e problemas visuais, contribuíram para o baixo escore da Integralidade, mostrando a necessidade de focar nas áreas que podem ser algumas vezes não tão frequentes no serviço.

Os dados deste estudo poderão auxiliar na comparação com os dados obtidos nos outros centros que fazem parte desta pesquisa, relacionando com os diferentes modelos da APS adotados, assim como com outros já publicados, fazendo parte do conjunto científico da área.

Diretamente relacionados aos atributos da APS avaliados, o Plano Municipal de Saúde atual visa, melhorar a estrutura das UBS; aperfeiçoar a interação via internet com sistema de

informação Saúde Web; melhor regulação do acesso aos serviços de saúde; credenciar novos serviços a serem disponibilizados aos usuários do sistema e implementar de maneira mais ativa a educação permanente em saúde. Ainda com ponte direta à saúde da criança é foco do planejamento a redução da mortalidade infantil e materna; a capacitação do profissional para o atendimento desta população; monitorização das puericulturas e a investigação dos óbitos infantis.

Nesta direção, os resultados obtidos nesse trabalho de avaliação poderão contribuir para a adequação do Plano Municipal de Saúde de Londrina, ao levantar fatores condicionantes e determinantes dos problemas de saúde da população e buscar aprimorar os eixos de intervenção. Tendo visto que o grau de orientação da APS da criança foi satisfatório, com escore de 6,8, porém este se encontra mais perto do limite do que do resultado mais positivo. Sendo assim, faz-se necessário apresentar aos gestores de saúde do município os resultados do estudo para o planejamento de novas ações.

# *REFERÊNCIAS*

1. ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; JUNIOR, L.C. **Bases da Saúde Coletiva**. Editora UEL, ABRASCO. Londrina, 2001.
2. ALMEIDA, M.J.A. **A organização dos serviços de saúde a nível local: registro de uma experiência em processo**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva e Social) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1979.
3. ALMEIDA, M.J. **A organização dos serviços de saúde em Londrina: Antigos e novos registros de uma Experiência em Processo**. 1. ed. Londrina: Inesco, 2013. 226 p.
4. BARRETO, JOMB; NERY, ISE; COSTA, MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28,n.3, p.515-526, mar. 2012.
5. BENGUIGUI, Y. A situação de saúde da criança na América Latina e a implantação da estratégia AIDPI. In: Grisi S, Okay Y, Sperotto G. **Estratégia Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI)**. Washington: OPAS; 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Assistência Integral à saúde da criança: ações básicas**. Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. 19p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Cadernos de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: MS, 2005.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde,**

- Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. **Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, 2012.
  12. BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. Tabwin. Disponível na Internet: [http://](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040805) <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040805> Acesso\_em 05 jul. 2013.
  13. CONTANDRIOPOULOS, A.P. Is the institutionalization of evaluation suficiente to guarantee its practice? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 253-56, 1999.
  14. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierri, et. al. À la recherché d'une troisième voie: les système de sauté au XXIe siècle .Paris: Elipses, p. 637-67, 2000.
  15. CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 705-711, 2006.
  16. COSTA, K. Tendências das taxas de internação em menores de cinco anos no período de 1999 a 2010 em Londrina-PR. 2012. 109 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.
  17. DONABEDIAN, A. "The Seven Pillars of Quality". **Lab. Med.** v.114, p.1115-118,1990.
  18. DONABEDIAN, A. "The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance", in QRB.v.18, p.356-360, 1992.
  19. DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación**. La Prensa Médica Mexicana. México. P. 1-192, 1984.
  20. DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

21. ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. v.33, n.2, p.150-160, 2009.
22. FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Atención a la Salud del Niño em Brasil: Aspectos de la Vulnerabilidad Programática y de los Derechos Humanos. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.15, n.6., p.189-198, 2007.
23. FUJIMORI, E.; OHARA C.V.S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri, SP. Manole, 2009.
24. FURTADO, M.C.C. 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. mar-abr. 2013.
25. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p. 1649-1659, 2006.
26. IBGE. **Séries estatísticas e séries históricas**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/series\\_estatisticas/exibedados.php](http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php)>. Acesso em: 27 ago. 2012.
27. ITO, A.M.Y. Regionalização dos serviços de saúde: manual de organização e funcionamento de três unidades periféricas integradas de saúde no município de Londrina, Paraná. In: Conferencia Panamericana de educação médica, 1976, Rio de Janeiro. Anais...Rio de Janeiro: ABEM, 1976. p. 327-64
28. LARA, F.R. et. al. Percepção dos 20 anos de implantação do SUS na ótica de enfermeiros atuantes em saúde pública. **J Nurs. UFPE online**, Recife, v.7, n.8, p. 5207-5213, Aug., 2013.
29. LONDRINA. Prefeitura do município de Londrina. Secretaria de Saúde e Promoção Social. Relatório de Gestão. Londrina SSPS, 1977.

30. LONDRINA. Prefeitura do município de Londrina. Secretaria de Saúde e Promoção Social. Relatório de Gestão. Londrina SSPS, 1978.
31. LONDRINA. Prefeitura do município de Londrina. Secretaria de Saúde e Promoção Social. Relatório de Gestão. Londrina SSPS, 2006.
32. LONDRINA. Prefeitura do município de Londrina. Secretaria de Saúde e Promoção Social. Relatório de Gestão. Londrina SSPS, 2009.
33. LONDRINA. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. 2013. Disponível em : <<http://www.londrina.pr.gov.br/index.php>>. Acesso em: 17 novembro 2013.
34. MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
35. NOVACZYK, A.B.; DIAS, N.S.; Gaiva, M.A.M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** V.10, p.1124-37, 2008.
36. OLIVEIRA, Gonçalves B.R. et. al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev Bras Epidemiologia**, ABRASCO, v.13, n.2, p. 268-277, 2010.
37. OMS. Organização Mundial de Saúde. Health promotion: **A discussion document on the concept and principles**. Copenhagen: Who Regional Office for Europe, 1978.
38. ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos do Milênio. 2000. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/onu-avalia-progresso-dos-objetivos-do-milenio>> Acesso em: 25 de outubro de 2013.
39. OPAS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2005.
40. SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5,

- n.1, pp. 187-192. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>>  
Acessado em: junho 2010.
41. SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. Qualificando o cuidado à criança da Atenção Primária de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n.5, p. 795-802. set-out. 2012.
42. STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press; 1992.
43. STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000
44. STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
45. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. 795 p.
46. TOSO, B.R.G.O. **Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica**. 2011. 373f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
47. TURINI, B. et al. Projeto GERUS em Londrina: uma experiência de parceria ensino serviço. **Revista Espaço para Saúde**, Curitiba, v.5, n.5, p. 44-7, set. 1996.
48. VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 711-724, 2004.

# *APÊNDICES*

## Apêndice A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**Título do Projeto:** AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA CRIANÇA

**Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:**

Pesquisador responsável: Barbara de Andrade Alves

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de avaliar a efetividade da atenção primária em saúde para criança por meio do instrumento Pcatool-Brasil versão criança em unidades básicas de saúde de municípios de médio porte do estado do Paraná comparativamente a unidades de saúde da família em João Pessoa na Paraíba. Para isso será realizado com você o preenchimento de um formulário com perguntas sobre o atendimento que você recebeu no posto de saúde ou na unidade de emergência, quando procurou por estes serviços e recebeu o cuidado que estava buscando.

**Riscos e Desconfortos:** Falar sobre a nossa própria história, principalmente quando envolve um filho (a) doente pode ser desconfortável em algum momento, por isso, ao sentir-se desconfortável, você tem a liberdade de não querer falar mais sobre o assunto e nada irá acontecer com você e a sua criança, em relação ao tratamento.

**Benefícios:** Não há benefícios diretos para você e sua criança. Mas as informações que você nos dará poderão ajudar a compreender se os serviços de saúde têm resolvido os problemas de saúde das crianças e suas famílias e se não tem porque isso está acontecendo.

**Despesas e indenização:** Não haverá qualquer custo para a tua família por estar participando deste trabalho, e não haverá nenhuma indenização pela participação de vocês.

Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento.

Uma cópia deste TCLE será entregue a você, será mantida a confidencialidade do que você me informar e os dados serão utilizados só para fins científicos; você poderá cancelar sua participação a qualquer momento.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Eu, Barbara de Andrade Alves, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

## Apêndice B

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Barbara de Andrade Alves, nacionalidade: brasileira, estado civil: solteira, enfermeira, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 06519104981, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde da Criança em município do sul do Brasil”, a que tiver acesso nas dependências das Unidades Básicas de Saúde e 17ª Regional de Saúde do município de Londrina

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia “Avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde da Criança em município do sul do Brasil”, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 18 de julho de 2012.

---

**Pesquisador(a) Responsável**

---

*Barbara de Andrade Alves*

# *ANEXOS*

## ANEXO A

Perfil sociodemográfico e econômico da família da criança atendida nas 39 unidades básicas de saúde de LONDRINA-PR.

Data da Entrevista ____/____/____	Entrevistador: _____ Digitador: _____
Horário início: _____ Horário término: _____	
<b>INICIAIS DO NOME DE QUEM RESPONDEU ENTREVISTA:</b>	

UBS/USF de referência: \_\_\_\_\_.

Qual o número de filhos na família?	01	1 <input type="checkbox"/> um 2 <input type="checkbox"/> dois 3 <input type="checkbox"/> três 4 <input type="checkbox"/> quatro 5 <input type="checkbox"/> cinco 6 <input type="checkbox"/> mais de cinco
Qual é o intervalo entre o último parto e o parto da _____ (NOME DA CRIANÇA)	02	1 <input type="checkbox"/> até 2 anos 2 <input type="checkbox"/> mais de 2 anos
Qual é a posição da _____ (NOME DA CRIANÇA) na família?	03	1 <input type="checkbox"/> 1º filho 2 <input type="checkbox"/> 2º filho 3 <input type="checkbox"/> 3º filho 4 <input type="checkbox"/> 4º filho 5 <input type="checkbox"/> outro
Quem é o cuidador principal da/o _____ (NOME DA CRIANÇA)	04	1 <input type="checkbox"/> mãe 2 <input type="checkbox"/> pai 3 <input type="checkbox"/> irmãos mais velhos 4 <input type="checkbox"/> avós 5 <input type="checkbox"/> madrinha 6 <input type="checkbox"/> creche/ escolinha 7 <input type="checkbox"/> tias 8 <input type="checkbox"/> vizinhos 9 <input type="checkbox"/> babá 10 <input type="checkbox"/> outros:
Qual é a idade do principal cuidador:	05	Resposta: _____ anos.
Quantos anos de estudo tem o	06	00 <input type="checkbox"/> nenhum. _____ anos.

principal cuidador?		
Qual a situação conjugal dos pais do/a _____ (NOME DA CRIANÇA).	07	1 <input type="checkbox"/> casados 2 <input type="checkbox"/> união estável 3 <input type="checkbox"/> mãe solteira 4 <input type="checkbox"/> pai solteiro 5 <input type="checkbox"/> namorados 6 <input type="checkbox"/> viúvo/a 7 <input type="checkbox"/> pai casado 8 <input type="checkbox"/> mãe casada
Quantos anos de estudo tem o pai?	08	00 <input type="checkbox"/> nenhum. _____ anos.
Quantos anos de estudo tem a mãe?	09	00 <input type="checkbox"/> nenhum. _____ anos.
Qual é a ocupação do pai?	10	1 <input type="checkbox"/> Empregado do comércio 2 <input type="checkbox"/> Trabalhador doméstico 3 <input type="checkbox"/> Empregado da construção civil 4 <input type="checkbox"/> auxiliar de serviços gerais 5 <input type="checkbox"/> Conta própria - informal 6 <input type="checkbox"/> Trabalhador rural 7 <input type="checkbox"/> autônomo 8 <input type="checkbox"/> Sem ocupação no momento 9 <input type="checkbox"/> outros
Qual é a ocupação da mãe?	11	1 <input type="checkbox"/> Empregado do comércio 2 <input type="checkbox"/> Trabalhador doméstico 3 <input type="checkbox"/> Empregado da construção civil 4 <input type="checkbox"/> Auxiliar de serviços gerais 5 <input type="checkbox"/> Conta própria - informal 6 <input type="checkbox"/> Trabalhador rural 7 <input type="checkbox"/> Autônomo 8 <input type="checkbox"/> Sem ocupação no momento 9 <input type="checkbox"/> Do lar 10 <input type="checkbox"/> Outros
Qual a Renda Familiar aproximada?	12	1 <input type="checkbox"/> menos do que um Salário Mínimo (SM) 2 <input type="checkbox"/> um SM 3 <input type="checkbox"/> dois SM 4 <input type="checkbox"/> três SM 5 <input type="checkbox"/> quatro SM 6 <input type="checkbox"/> mais de quatro SM:
Quantas pessoas contribuem para essa renda?	13	1 <input type="checkbox"/> uma pessoa 2 <input type="checkbox"/> duas pessoas 3 <input type="checkbox"/> três ou mais pessoas
Quem contribui para a renda familiar?	14	1 <input type="checkbox"/> Pai 2 <input type="checkbox"/> Mãe 3 <input type="checkbox"/> Pai e mãe 4 <input type="checkbox"/> Outros: _____

Quantas pessoas dependem desta renda?	15	<input type="checkbox"/> até duas <input type="checkbox"/> três <input type="checkbox"/> quatro <input type="checkbox"/> cinco <input type="checkbox"/> seis <input type="checkbox"/> sete <input type="checkbox"/> oito <input type="checkbox"/> nove <input type="checkbox"/> dez <input type="checkbox"/> mais de dez
Quais eletrodomésticos existem na casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	16	<input type="checkbox"/> geladeira <input type="checkbox"/> televisão <input type="checkbox"/> fogão a gás <input type="checkbox"/> chuveiro elétrico <input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> máquina de lavar roupa <input type="checkbox"/> computador
A casa de _____ (NOME DA CRIANÇA) é:	46	<input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> conjunto habitacional <input type="checkbox"/> invasão legalizada <input type="checkbox"/> invasão não legalizada
Qual é o tipo de construção da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	17	<input type="checkbox"/> alvenaria <input type="checkbox"/> madeira <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> lona
Quantos cômodos possui a casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	18	<input type="checkbox"/> um <input type="checkbox"/> dois <input type="checkbox"/> três <input type="checkbox"/> quatro <input type="checkbox"/> mais de quatro
Qual a característica dominante da área da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	19	<input type="checkbox"/> residencial <input type="checkbox"/> comercial <input type="checkbox"/> industrial <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> área verde
Como é o abastecimento de água na residência de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	20	<input type="checkbox"/> da rede oficial e tratada <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento regular <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento irregular <input type="checkbox"/> água de poço <input type="checkbox"/> mina <input type="checkbox"/> rio
Como é a rede de esgoto da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	21	<input type="checkbox"/> rede oficial <input type="checkbox"/> fossa <input type="checkbox"/> esgoto a céu aberto
E a eletricidade?	22	<input type="checkbox"/> rede oficial <input type="checkbox"/> ligação coletiva

		3 <input type="checkbox"/> ligação clandestina 4 <input type="checkbox"/> ausente
Como é a coleta de lixo?	23	1 <input type="checkbox"/> regular 2 <input type="checkbox"/> irregular 3 <input type="checkbox"/> queimado 4 <input type="checkbox"/> enterrado 5 <input type="checkbox"/> acumulado
Como é a rua da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	24	1 <input type="checkbox"/> asfalto 2 <input type="checkbox"/> calçamento 3 <input type="checkbox"/> terra
Existem animais na casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	25	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
Se sim, eles permanecem a maior parte do tempo dentro ou fora de casa?	26	1 <input type="checkbox"/> dentro de casa 2 <input type="checkbox"/> fora de casa
Quais são os principais animais?	27	1 <input type="checkbox"/> gatos 2 <input type="checkbox"/> cachorros 3 <input type="checkbox"/> porcos 4 <input type="checkbox"/> galinhas 5 <input type="checkbox"/> pássaros 6 <input type="checkbox"/> coelhos 7 <input type="checkbox"/> outros: _____.
Qual é o meio de transporte mais utilizado pela família de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	28	1 <input type="checkbox"/> carro próprio 2 <input type="checkbox"/> motocicleta 3 <input type="checkbox"/> ônibus coletivo 4 <input type="checkbox"/> bicicleta 5 <input type="checkbox"/> outros: _____

## ANEXO B

## Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde

## PCAtool – Brasil versão criança

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
PCAtool - Brasil versão Criança	
A - GRAU DE AFILIAÇÃO	
A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você <u>geralmente leva</u> o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____
A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima <input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____
A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é <u>mais responsável</u> pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas.)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente <input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____
<b>Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO</b>	
AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:	
- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).	
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).	
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).	
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).	
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).	
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).	
A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____	
Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a): A5 - _____ (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)	

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> <b>PCATool - Brasil versão Criança</b> <b>B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO</b> <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ("consulta de rotina"), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

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

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

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

**E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você leva sua criança no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você leva sua criança no (a) "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro", o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

**G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

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

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança					
H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
"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?"					
<u>Em consultas</u> ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombo de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança					
I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu/ sua "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

**J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

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

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


## Anexo C



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
Universidade Estadual de Londrina  
Registro CONEP 5231

<b>Parecer CEP/UEL:</b>	061/2012
<b>CAAE:</b>	01295412.2.1001.0107
<b>Processo:</b>	7111/2012
<b>Pesquisador(a):</b>	Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla
<b>Unidade/Órgão:</b>	CCS – Departamento de Enfermagem
<p>Prezado(a) Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;"><b>"Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança"</b></p>	
<p>Situação do Projeto: <b>Aprovado</b></p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.</p>	
<p style="text-align: center;">Londrina, 15 de maio de 2012.</p> <div style="text-align: center;">   <b>Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardeili</b>            Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos            Universidade Estadual de Londrina         </div>	