

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Paloma Regina Inocêncio

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,
SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO, EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE
MINAS GERAIS**

Juiz de Fora
2014

Paloma Regina Inocência

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,
SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO, EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE
MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Inocência, Paloma Regina.

Avaliação da Assistência à Criança na Atenção Primária à Saúde, sob a Perspectiva do Usuário, em um Município de Médio Porte de Minas Gerais / Paloma Regina Inocência. -- 2014.
124 p. : il.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Ronaldo Rocha Bastos
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

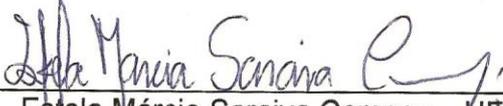
1. Saúde da Criança. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. I. Campos, Estela Márcia Saraiva, orient. II. Bastos, Ronaldo Rocha, coorient. III. Título.

PALOMA REGINA INOCÊNCIO

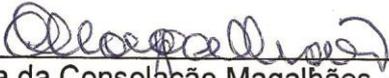
“Avaliação da Assistência à Criança na Atenção Primária à Saúde, sob a Perspectiva do Usuário, em um Município de Médio Porte de Minas Gerais.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 21/02/2014



Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF



Maria da Consolação Magalhães – SMS/PMJF



Luiz Cláudio Ribeiro – UFJF

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todos que participaram desta jornada e que de alguma forma colaboraram para a realização desta pesquisa.

Ao meu esposo Carlos Henrique, amigo e companheiro de todos os momentos, sempre compreensivo e paciente quando não pude estar presente.

Aos meus pais por seu incentivo e ajuda.

À Profa. Dra. Estela, orientadora e amiga, pela confiança, disponibilidade, apoio e atenção. Não tenho como expressar o quanto aprendi e cresci com sua ajuda.

Ao Prof. Ronaldo, coorientador, por me auxiliar nas áreas da qual não possuo domínio, tão necessárias e importantes para a conclusão desse trabalho.

Aos professores Regina Gil, Luiz Cláudio, Maria da Consolação, Maria Rizoneide e Márcio por contribuírem com suas ideias e experiências no desenvolvimento e aprimoramento deste estudo.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva/UFJF, pelo auxílio na busca incansável pelo conhecimento.

Aos membros da subsecretaria de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde, em especial à Dra. Célia Saldanha, pelo acolhimento, esclarecimentos e receptividade.

Às equipes das Unidades de Atenção Primária em Saúde por permitirem minha entrada e dividirem o espaço dos seus serviços para que esse estudo pudesse ser realizado.

Agradecimentos especiais aos cuidadores das crianças que se dispuseram a responder a tantas perguntas.

*"Comece por fazer o que é necessário, depois
faça o que é possível e em breve estará
fazendo o que é impossível"*

S. Francisco de Assis

RESUMO

Introdução: A saúde da criança é uma área estratégica para a Atenção Primária em Saúde (APS) devido à vulnerabilidade do grupo infantil a diversas doenças e à prevalência de desfechos negativos à saúde dessa população. A avaliação da APS configura uma prática essencial para a qualidade da atenção à saúde pediátrica. **Objetivos:** a) geral: Avaliar a atenção da saúde da criança na APS, sob a perspectiva do usuário, b) específicos: 1- Avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, na assistência à criança, por Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), por grupos estratificados de UAPS e para o município; 2- Comparar os resultados dos escores dos atributos da APS entre UAPS com diferentes tipologias assistenciais. **Metodologia:** estudo transversal realizado nas UAPS da zona urbana do município de Juiz de Fora-MG, estratificadas de acordo com o modelo assistencial ofertado em UAPS com Saúde da Família (UAPS-SF), Programa de Agentes Comunitários (UAPS-PACS) e modelo tradicional (UAPS-tradicional). **Sujeitos da pesquisa:** foram entrevistados 171 pessoas (inicialmente seriam 180, mas houveram 9 perdas), entre 20 de maio de 2013 e 9 de agosto de 2013, selecionados conforme os seguintes critérios: a) Inclusão: pais ou cuidadores de crianças menores de cinco anos, usuários do Sistema Único de Saúde e b) Exclusão: indivíduos que não apresentarem condições físico/mental para responder aos questionários e cuja residência se encontre fora do município de estudo. **Instrumentos de Coleta de Dados:** 1) Primary Care Assessement Tool-Brasil, versão criança e 2) Protocolo de Dados Sociodemográficos para a caracterização dos entrevistados e das crianças. **Variáveis do estudo:** a) Preditoras: atributos da APS e características dos cuidadores e b) Desfecho: escores satisfatórios ou insatisfatórios dos atributos da APS das UAPS, dos grupos de UAPS estratificados conforme modelo assistencial e do município. **Análise dos dados:** realizada com o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 15, de forma descritiva e analítica. Na análise inferencial, foi aplicado teste não paramétrico para comparação dos escores das UAPS-SF em relação às UAPS-tradicional e UAPS-PACS (avaliadas em conjunto), adotando-se $p < 0,05$. **Resultados:** na análise descritiva, somente o atributo Sistema de Informação-Coordenação obteve escore satisfatório. Além disso, a tipologia das UAPS não foi um aspecto que influenciou na avaliação dos atributos da APS. Já na análise inferencial, destaca-se que para as UAPS-SF os atributos Serviços Disponíveis-Integralidade, Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Sistemas de Informação- Coordenação obtiveram valores de escores superiores às UAPS tradicional/PACS. **Conclusão:** Percebeu-se a necessidade de buscar alternativas para melhorar a capacidade operacional e resolutiva dos serviços de APS sob o olhar dos seus atributos.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Children's health is a strategic area for Primary Health Care (PHC) due to the vulnerability of children to various diseases and to the prevalence of negative health outcomes in this population. The assessment of PHC forms an essential practice for the quality of pediatric health care. **Objectives:** a) general: Evaluate children's health care in PHC, from the user's perspective, b) specific: 1-Evaluate the presence and extent of PHC attributes, in caring for the child, by Primary Health Care Units (PHCUs), by stratified PHCU groups, and for the municipality, and 2-Compare the results of the PHC attribute scores between PHCUs with different categories of care. **Methodology:** a cross-sectional study conducted in the PHCUs in the urban area of the Municipality of Juiz de Fora, MG, stratified according to the care model offered in PHCUs with Family Health (PHCU-FH), Community Agents Program (PHCU-CAP), and traditional Model (PHCU-traditional). **Research subjects:** 171 people were interviewed (initially 180, but there were 9 withdrawals) between May 20, 2013 and August 9, 2013, selected according to the following criteria: a) **Inclusion:** parents or caregivers of children under five years old, users of the Unified Health System and b) **Exclusion:** individuals who did not present physical/mental conditions to respond to the questionnaires and those who resided outside the municipality of the study. **Data Collection Instruments:** 1) Primary Care Assessment Tool-Brazil, child version, and 2) Socio-Demographic Data Protocol for characterization of the respondents and the children. **Study variables:** a) **Predictors:** PHC attributes and caregiver characteristics, and b) **Outcome:** satisfactory or unsatisfactory PHC attribute scores for the PHCUs, for the PHCU groups stratified according care model, and for the municipality. **Data analysis:** performed using the Statistical Package for Social Sciences, version 15. In the descriptive analysis, the PHC attribute scores were calculated for the PHCUs, for the PHCU groups, and for the municipality. For inferential analysis, a nonparametric test was applied to compare the PHCU-FH scores with the PHCU-traditional and PHCU-CAP (evaluated together), adopting a p-value < 0.05. **Results:** in the descriptive analysis, only the Information-Coordination System attribute obtained a satisfactory score. Furthermore, the category of the PHCUs was not an aspect that influenced the evaluation of the PHC attributes. While in the inferential analysis, it is noteworthy that for the FH PHCUs, the Services Available-Comprehensiveness, Family Orientation, Community Orientation, and Information-Coordination Systems attributes obtained score values higher than the traditional/CAP PHCUs. **Conclusion:** There was a perceptible need to seek alternatives to improve the operational and effectiveness capacity of PHC services, from the point of view of their attributes.

Keywords: Children's Health. Primary Health Care. Quality of Health Care Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características demográficas das crianças	51
Tabela 2. Características sociodemográficas dos cuidadores	52
Tabela 3. Escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde, Escore Essencial da Atenção Primária e Escore Geral da Atenção Primária nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, estudadas	57
Tabela 4. Média dos Escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde em relação aos grupos estratificados por tipo de Unidade de Atenção Primária em Saúde e ao município de Juiz de Fora-MG.....	58
Tabela 5. Escores Essencial e Geral da Atenção Primária em Saúde (EEAPS e EGAPS) por grupos de estratificação de Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Juiz de Fora-MG.....	60
Tabela 6. Teste de hipóteses: Teste não paramétrico para comparação da ordenação das médias dos postos dos escores nos grupos de UAPS-SF e UAPS-PACS/Tradicional	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Escores médios dos atributos da Atenção Primária em Saúde nos três grupos de estratificação de Unidade de Atenção Primária em Saúde do município de Juiz de Fora-MG	59
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ASCOMCER	Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCE	Departamento de Clínicas Especializadas
DNSMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
EEAPS	Escore Essencial da Atenção Primária
EGAPS	Escore Geral da Atenção Primária
PSF	Programa de Saúde da Família
HPS	Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira
HRJP	Hospital Regional João Penido
ICSAPS	Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISCM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PCATool	Primary Care Assessment Tool
SCM-JF	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SF	Saúde da Família
SMS-JF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UAPS	Unidades de Atenção Primária em Saúde
UAPS-PACS	Unidades de Atenção Primária em Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde
UAPS-SF	Unidades de Atenção Primária em Saúde com Saúde da Família
UAPS	Unidades de Atenção Primária em Saúde com modelo Tradicional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

$<$	menor que
$>$	maior que
\leq	menor ou igual a
\geq	maior ou igual a
$=$	igual a
$\%$	porcentagem

SUMÁRIO

1	JUSTIFICATIVA E INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1	A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL.....	20
2.1.1	A relevância da saúde da criança: área programática prioritária para a Atenção Primária em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde	20
2.2.2	A trajetória das Políticas de Atenção à Saúde da Criança no Brasil	25
2.2	A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	31
3	OBJETIVOS	39
3.1	OBJETIVO GERAL.....	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4	ESTRATÉGIAS E METODOLOGIA	40
4.1	CENÁRIO DE ESTUDO	40
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
4.3	AMOSTRA.....	43
4.4	CARACTERIZAÇÃO DAS PERDAS.....	45
4.5	INSTRUMENTOS de coleta de dados	46
4.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO	47
4.7	COLETA DE DADOS.....	47
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4.9	ANÁLISE DOS DADOS	48
5	RESULTADOS	51
6	DISCUSSÃO	61
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	72

APÊNDICES	88
ANEXOS	105

1 JUSTIFICATIVA E INTRODUÇÃO

No cotidiano de uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal/pediátrica pública, referência em cuidados de alta complexidade infantil para o município de Juiz de Fora, Minas Gerais, e em outras cidades, nas quais a pesquisadora atua enquanto enfermeira assistencial, percebeu-se, empiricamente, um número expressivo de internações infantis por condições sensíveis à atenção primária (ICSAPS). Tais condições foram devidamente dispostas na Portaria n.º 221 de 2008, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008) do Ministério da Saúde (MS) e, segundo Alfradique e outros (2009) e Nedel e outros (2010), são situações consideradas evitáveis, caso a rede de serviços de saúde, em especial a Atenção Primária em Saúde (APS), oferte as ações de forma adequada para a resolução dos problemas de saúde da população.

O destaque atribuído à APS, também denominada Atenção Básica, deve-se ao fato dela compor a porta de entrada preferencial dos indivíduos, família e comunidade para os serviços de saúde (GIL, 2006; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Esse nível de atenção tem a incumbência fundamental de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e é responsável pela coordenação da assistência à saúde da população ao longo do tempo (HALL; TAYLOR, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979). A função de coordenação está diretamente relacionada com a disposição dos serviços na rede de atenção à saúde, onde a APS tem a responsabilidade pela integração e ordenação da atenção fornecida em todos os pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a equidade na distribuição dos recursos disponíveis (STARFIELD, 2002).

A APS ainda propõe a alteração da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde ao reorientá-la para um atendimento em nível individual e comunitário, com predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas (BODSTEIN, 2002; HALL; TAYLOR, 2003).

Além disso, ressalta-se que a APS, enquanto função fundamental dos sistemas nacionais de saúde e como parte de um processo de desenvolvimento social e econômico das comunidades, possibilita a obtenção de uma rede de serviços acessível, culturalmente adequada e economicamente viável, cuja

contribuição é à redução de importantes desfechos negativos de saúde (TESSER, 2011). Tal aspecto foi demonstrado por um extenso trabalho conduzido por Starfield (1991) que, ao comparar diferentes sistemas nacionais de saúde, percebeu que aqueles orientados pela APS estiveram associados a menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos.

Nos últimos nove anos, a APS encontra-se num cenário de fortalecimento e renovação nas Américas com o compromisso da qualidade dos serviços e assistência prestados e não apenas do incremento numérico da rede. Isso significa uma busca pela incorporação de valores, princípios e elementos próprios da atenção primária efetiva, com o objetivo final de melhorar a saúde das pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

No Brasil, a reflexão do referido cenário foi o reconhecimento, em 2006, do Programa Saúde da Família (PSF) enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente, mantendo as características normativas da APS, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 2006c; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; SCOREL et al., 2007). Essa estratégia, em sua concepção, abrange mudanças no campo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional que trabalha com a definição de território de abrangência e é responsável pela assistência à saúde de uma população adscrita, seu cadastramento e devido acompanhamento (BRASIL, 1997, 2005c). Também, define o generalista como o profissional médico de atenção e institui novos profissionais, os agentes comunitários de saúde (ACS), voltados para a ação comunitária, ampliando o escopo de atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-doença (BRASIL, 1997).

A presença e a consolidação da Saúde da Família (SF) no país contribuiu para a melhoria de alguns indicadores de saúde da população brasileira, como exemplo a redução da taxa de mortalidade infantil. Dessa forma, estudo realizado com o controle de variáveis como acesso à água, saneamento, renda, escolaridade materna e número de filhos, número de médicos e enfermeiros, leitos hospitalares e cobertura vacinal, demonstrou uma queda de 4,5% dos óbitos infantis, entre 1990 e 2002, associado a cada aumento de 10% na cobertura populacional pela SF. Já, dados do MS registraram uma queda na proporção de óbitos de crianças por causas mal definidas, no período de 1998 a 2003, equivalente a 13,27% nos estratos populacionais com maior cobertura pela SF (BRASIL, 2006d).

Em adição, o estudo de Monteiro e outros (2009) apontou uma diminuição da prevalência da desnutrição na população brasileira de crianças menores de cinco anos de idade, entre 1996 e 2007, em cerca de 50%, sendo que dois terços dessa redução são atribuídos à evolução favorável de quatro fatores estudados: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias, 4,3% à melhoria nas condições de saneamento e 11,6% à expansão da assistência à saúde, que por sua vez, coincide com a expansão no país da SF.

Por outro lado, Veloso e Araújo (2009) demonstraram que a evolução da cobertura da SF, de 19% para 95%, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2007, em municípios com população abaixo de 5.000 habitantes, do Estado de Minas Gerais, esteve associada à redução de 43% para 29% do percentual de ICSAPS.

Outro achado relevante foi a evolução da proporção de municípios que atingiu a meta de 95% de cobertura vacinal por tetravalente em crianças menores de um ano, que ocorreu com maior intensidade nos estratos de cobertura mais altas das equipes de SF, com um aumento de 39,55%, em 1998, para 64,15%, em 2003 (BRASIL, 2009).

O impacto econômico da SF nos serviços de saúde brasileiros também foi avaliado. Assim, o estudo de Macinko e outros (2006), por exemplo, estimou 126 mil hospitalizações evitadas por meio das ações da SF, traduzidas na economia aproximada de 63 milhões de dólares aos cofres públicos.

Ademais, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006, apontam, entre outros resultados, que a presença da SF está relacionada à diminuição das barreiras de acesso: 10% menos barreiras de acesso à obtenção de cuidados para suas necessidades de saúde; 25% menos desconhecimento sobre onde procurar por serviços de saúde; 28% menos problemas de distância dos serviços de saúde, 31% menos problemas de falta de transporte para ter acesso a cuidados médicos e 25% menos preocupação com o risco de não receber cuidados necessários na unidade de saúde. A mesma pesquisa identificou que a cobertura por SF está associada com padrões de boa qualidade técnica do cuidado, entre eles: 40% menos relatos de uso inapropriado de antibióticos em crianças com diarreia e 14% mais gestantes vacinadas contra tétano. E, também, associou a cobertura da SF com indicadores de melhoria da saúde

materno-infantil, como 34% menos crianças com baixo peso menores que cinco anos (BRASIL, 2009).

Tais evidências favorecem a manutenção da SF como modelagem base e prioritária na expansão e consolidação da APS no Brasil (MENDONÇA, 2009). No entanto, há, no território nacional, heterogeneidade na qualidade do cuidado prestado e, em diversas localidades, ainda coexistem diferentes lógicas assistências de APS, a saber: 1) tradicional: modelo que conduz à compreensão da saúde a nível individual, de forma fragmentada e com enfoque assistencialista, mas que se encontra em processo de substituição pela SF; 2) SF; e 3) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): criado e instituído em 1996 para o auxílio da redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde, da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na promoção de saúde, do enfoque familiar nas práticas de atenção à saúde e da introdução da visão de saúde integrada a comunidade (VIANNA; DAL POZ, 2005; ZILS et al., 2009). Por essa razão, é imprescindível a análise processual e da qualidade dos serviços ofertados na APS (OLIVEIRA, M. M. C., 2007).

No que concerne os agravos de saúde considerados prioritários pelo MS, há uma ênfase no campo da saúde da criança, uma vez que esse grupo populacional é vulnerável às diversas doenças, devido à imaturidade do sistema imunológico e ao desequilíbrio de diferentes fatores de risco, correlacionados entre si, como o saneamento básico, a nutrição, a renda familiar e a assistência médica. Além disso, a atenção à saúde da criança é considerada área estratégica de responsabilidade da APS (BRASIL, 2006c).

Por essas razões, no âmbito da saúde pública, desde 1984, o MS intensificou sua atuação na promoção da saúde dos menores de cinco anos com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). E, atualmente, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), responsável por propor e coordenar as políticas governamentais da atenção à saúde da criança definiu algumas linhas de ação prioritárias para a saúde infantil (BRASIL, 1984, 2011b). Tais medidas foram enumeradas em 2004, na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e, integram a promoção, vigilância, prevenção e assistência em saúde de forma

inter-relacionada, visando à atenção integral da saúde da criança e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004a).

No tocante aos princípios norteadores da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, destacam-se: 1) o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, em parceria com os serviços de saúde, para o atendimento das diferentes necessidades da população; 2) o acesso universal, direito preconizado pelo SUS; 3) o acolhimento, que contempla a escuta qualificada e o estabelecimento de uma relação humanizada e cidadã entre usuário e profissional de saúde, e 4) a responsabilização, relacionada à definição da população sob os cuidados de cada equipe de saúde (BRASIL, 2004a).

No entanto, apesar dos importantes avanços observados na estruturação de uma política de atenção para a criança com medidas de saúde pública, muitas vezes simples e de baixo custo, como exemplo a terapia de reidratação oral, ainda, são persistentes situações desfavoráveis ao pleno desenvolvimento do grupo infantil (SAMICO, 2003). Nesse sentido, destacam-se, por exemplo, as ICSAPS infantis que, apesar de reduzidas ao longo dos anos no país, possuem alta representatividade no perfil de morbidade da população brasileira, sobretudo para as faixas etárias menores de cinco anos. Nessa perspectiva, o estudo de Fernandes e outros (2009) apontou um percentual de 38,8% de ICSAPS em um grupo de 660 crianças internadas em enfermarias de clínica médica e cirúrgica de hospitais conveniados ao SUS, em Montes Claros-MG, entre 2007 e 2008. Conforme referido anteriormente, a presença ICSAP pediátricas foi detectada em uma unidade de serviço pela presente pesquisadora.

Perante o quadro descrito, passou-se a indagar: uma vez que a saúde da criança compõe um eixo prioritário para as ações do MS, porque há permanência de desfechos negativos ao grupo infantil? Porque há uma elevada prevalência de internações pediátricas por condições sensíveis à APS, em um serviço de referência para cuidados de alta complexidade? Se o eixo das ações programáticas e de prevenção ao grupo infantil está concentrado na APS, como elas estão sendo conduzidas? Será que ações à saúde da criança na APS estão sendo devidamente ofertadas aos usuários do sistema público de saúde? Qual é a opinião dos usuários acerca da atenção à saúde disponibilizada à criança?

Para atender a tais questionamentos, partiu-se do princípio que o processo avaliativo permite, entre outros aspectos, conhecer a realidade do serviço e identificar possíveis problemas presentes no mesmo (BRASIL, 2005a).

Todavia, ressalta-se que, no que tange a avaliação sistemática dos serviços e dos programas de saúde, existe uma grande diversidade terminológica nos enfoques teóricos dessa prática, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto aos seus componentes (SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, 1994). Dessa forma, ponderou-se: como a avaliação poderia ser conduzida no presente estudo para atender aos questionamentos até então realizados?

Optou-se por verificar a presença e a mensuração dos atributos da APS, descritos por Starfield (1991, 2002) e explicados adiante. De acordo com Leão, Caldeira e Oliveira (2011), estudos na área de avaliação da APS devem certificar-se da aderência de tais princípios, antes de considerar a análise de indicadores como resultado das ações dos serviços de saúde.

Em adição, como a atividade avaliativa pode considerar diferentes olhares sobre o objeto a ser analisado, selecionou-se a perspectiva dos usuários por ser considerada um importante aspecto na condução dos serviços de saúde, já que esses indivíduos são elementos participantes da organização dos mesmos e os principais beneficiários da assistência prestada (SANTOS et al., 2008).

Portanto, o presente estudo objetiva, principalmente, avaliar a atenção da saúde criança na APS, sob a perspectiva do usuário. Também, tem como propósito comparar a presença e a mensuração dos atributos da APS, na assistência à saúde da criança, em Unidades de APS (UAPS) orientadas pela SF em relação aos modelos PACS e tradicional.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

2.1.1 A relevância da saúde da criança: área programática prioritária para a Atenção Primária em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

Conforme referido anteriormente, apesar da redução, nos últimos anos, de indicadores de saúde pediátricos no Brasil, a atenção à saúde da criança permanece uma área prioritária na saúde pública. A taxa de mortalidade infantil nacional, por exemplo, caiu de 82,20 (óbitos infantis/1000 nascidos vivos), em 1980, para 29,70, em 2000, e para 15,60, em 2010, o que significa uma redução de 81,2% do total de óbitos de crianças menores de um ano em um período de 30 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). O resultado em questão indica que o país atingiu a quarta meta definida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da ONU, dos quais o Brasil é signatário, ao propor a redução da mortalidade na infância para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos até 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Entretanto, apesar do evidente declínio da referente taxa, há um mascaramento dos resultados em relação à distribuição espacial desses óbitos. Assim, nas regiões consideradas economicamente mais pobres do país, norte e nordeste, os coeficientes de mortalidade infantil mantiveram níveis elevados ao longo dos anos, com valores, no ano de 2000, de 29,50 e 44,70 (óbitos/1000 nascidos vivos), respectivamente. Enquanto nas áreas mais ricas, sudeste, sul e centro-oeste, os números registrados foram menores, com valores de 21,30, 18,90 e 21,60 (óbitos/1000 nascidos vivos), na devida ordem, no mesmo período (BRASIL, 2010b; DUARTE, E. C. et al., 2002; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Tais diferenças foram minimizadas no ano de 2010, com destaque para a região nordeste, a qual registrou queda de 58,6% dos óbitos infantis em comparação a redução nacional de 47,47% (INSTITUTO BRASILEIRO DE

GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Tal evolução representa uma melhora na atenção à saúde da criança nessa localidade, porém aquém da situação nacional.

Ainda, quando comparado a países com economias semelhantes, as taxas de mortalidade de menores de cinco anos do Brasil permanecem entre as mais elevadas (UNITED NATION CHILDREN'S FUND, 2012).

Em relação às principais causas dos óbitos infantis nacionais, especificadamente no que concerne o primeiro ano de vida, o ano de 2010 registrou que 59,35% das mortes foram resultantes de algumas afecções originadas no período perinatal (período que se inicia na 22^a semana de gestação até o 7^o dia completo após o nascimento); 19,33% decorrentes a malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e 4,89% devido a algumas doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, [c20--b]). Infere-se que esses dados revelam uma alteração no perfil de morbimortalidade infantil no país, pois até as últimas duas décadas, houve prevalência de causas por doenças infecciosas e parasitárias, alternado, nesse momento, para infecções na fase perinatal. Também, até então, os óbitos ocorriam predominantemente no período pós-neonatal ou tardio (mortes infantis que ocorrem após o 28^o dia de vida) e nos últimos anos estão concentrados no período neonatal (óbitos infantis que ocorrem nos primeiros 27 dias de vida) com 69,47% do total de mortes na infância no ano de 2010 (BRASIL, [c20--b]; LEAL; SZWARCOWALD, 1996; SANTOS et al., 2008).

Ressalta-se que o componente neonatal, enquanto principal responsável pela mortalidade infantil no Brasil, é compatível com o perfil de mortalidade de países desenvolvidos, porém as causas dos óbitos são diferentes. Assim, nos países desenvolvidos, os óbitos infantis estão concentrados no período anterior ao parto, como consequência a malformações congênitas e prematuridade extrema (causas consideradas de difícil prevenção), ao passo que, no Brasil, há o predomínio de doenças infecciosas no período perinatal, além da asfixia intrauterina e intraparto, as afecções respiratórias do recém-nascido e a sepse neonatal (LORENZI et al., 2001).

Diante desse contexto, diversos trabalhos procuram identificar os fatores que influenciam, a um nível agregado, a mortalidade infantil, bem como sua redução no país, com a finalidade de contribuir na consecução e avaliação de ações públicas ou privadas para minimizar, ainda mais, esse indicador (DUARTE, G. B.; MESQUITA, 2012; LORENZI et al., 2001).

Dessa forma, estudos apontaram que a implementação de medidas de combate às doenças infecto-parasitárias, tais como o saneamento básico, o uso de antimicrobianos, os programas de incentivo ao aleitamento materno, o programa nacional de imunização, as orientações de higiene sanitária e a terapia de reidratação oral, compõem alguns dos aspectos que proporcionaram a queda da taxa de mortalidade infantil no Brasil (BRASIL, 2004a; DUARTE, E. C. et al., 2002). Corroboram tais evidências a associação de uma série de melhorias nas condições de vida da população, citando-se a segurança alimentar e nutricional e as políticas de cunho social, a exemplo o aprimoramento da educação básica (BRASIL, 2004a).

Por outro enfoque, a diminuição da fecundidade também configura um importante fator responsável pela persistência do declínio da mortalidade infantil nacional, em consonância ao ocorrido em outros países (BRASIL, 2004a; COSTA et al., 2003).

Apesar de controvérsias, os aumentos do poder aquisitivo e da renda familiar também foram correlacionados a potenciais efeitos na melhoria da saúde infantil, como diminuição da desnutrição infantil e mortalidade por carências nutricionais (BRASIL, 2013b). Ainda em relação à perspectiva econômica, Reis e Crespo (2009) ao analisarem o impacto da renda familiar sobre várias medidas de saúde, controladas para características familiares e individuais, reconheceram que, crianças com famílias mais pobres, tendem a apresentar piores estados de saúde do que crianças com famílias mais abastadas. Os mesmos autores acrescentam que essa realidade pode ocasionar menores rendimentos escolares e, no futuro, resultar em adultos menos saudáveis e com capacidade produtiva diminuída. Desta forma caracterizam a baixa renda familiar como um transmissor intergeracional de desigualdade social (REIS; CRESPO, 2009).

Por outro lado, Szwarcwald, Andrade e Bastos (2002) averiguaram que o estado de saúde da população, medido pela mortalidade infantil e por outras variáveis relacionadas, como a taxa de fertilidade entre adolescentes, tende a deteriorar com o aumento dos níveis de concentração da pobreza, considerando um índice específico que considera a heterogeneidade da distribuição geográfica da pobreza, como constatou em setores censitários de bairros da cidade do Rio de Janeiro.

Já, o estudo de A. F. Boing e A. C. Boing, (2008) apontou, em nível ecológico, a distribuição de óbitos infantis por causas evitáveis, compreendidos, por

Malta e outros (2007), como as situações cujos conhecimentos e tecnologias existentes deveriam permitir intervenções eficazes de modo a prevenir a evolução para óbito, são bastante sensíveis às condições socioeconômicas, aos investimentos públicos de saúde e à oferta de profissionais médicos nos municípios. Assim, as localidades com baixos índices de desenvolvimento humano, altas concentrações de renda, baixas condições sanitárias, renda per capita reduzida, com menores despesas totais com a saúde por habitante e menor proporção de médicos por mil indivíduos, obtiveram as maiores taxas de mortes por causas evitáveis, quando confrontados aos municípios com os parâmetros em melhor situação (BOING, A. F.; BOING, A. C., 2008).

No quesito das características maternas, o aumento da escolaridade materna foi associado à queda da mortalidade infantil (BRASIL, 2013b). Os trabalhos de Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), Morais Neto e Barros (2000) e Soares e Menezes (2010) reforçam essa associação ao apontarem que determinadas variáveis maternas, tais como a baixa escolaridade e o relato de realização de menos de seis consultas de pré-natal, estão vinculadas a elevadas taxas de óbitos infantis, nos componentes neonatal e pós-neonatal, em níveis de significância estatística e, compõem marcadores obstétricos de risco para a gestante e ao recém-nascido.

Um importante aspecto relacionado à redução significativa dos óbitos infantis, no país, foi a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, em especial de APS, com a instituição dos programas de ACS e da SF. Esse fator foi evidenciado por Peixoto e Rocha (2009), ao analisarem o impacto de ambos os programas sobre a redução do coeficiente de mortalidade infantil nos municípios do sudeste do Brasil, de 1999 a 2003, que constatou uma redução de 2,46 óbitos por mil nascidos vivos, como resposta à cobertura de 100% de SF, quando comparado ao estado inicial, na qual havia a ausência desse componente. Outros estudos confirmam o decréscimo nas taxas de mortalidade infantil associado à implementação da SF (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; MACINKO et al., 2006).

No que concerne determinantes específicos para os óbitos neonatais, aponta-se como exemplos o baixo peso e a prematuridade. Esses fatores estão relacionados a maiores taxas de hospitalização infantis por determinadas patologias, baixo desempenho escolar e maior propensão a déficit neuromotor (BRASIL, 2010b; LINHARES et al., 2000; MORAIS NETO; BARROS, 2000; SANTOS et al., 2008).

Ainda, os óbitos no período neonatal, especialmente na fase precoce, estão ligados, como mencionado anteriormente, as afecções do período perinatal, que, por sua vez, remetem a inadequadas condições de assistência de saúde dispensadas à gestante e a criança no período pré-parto ao pós-parto (BRASIL, 2010b; LEAL; SZWARCOWALD, 1996; LORENZI et al., 2001; NASCIMENTO et al., 2012). Nesse sentido, a análise de Almeida e Szwarcwald (2012) confirma o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade do atendimento às gestantes no Brasil, porém identifica que essas ações não foram suficientes para garantir o acesso igualitário à assistência ao parto. Ainda, esse estudo, coloca que uma das situações de risco para a mortalidade infantil, apontada, foi o grande deslocamento intermunicipal para o parto, aliado à desigualdade de oferta de serviços qualificados e à falta de integração com a APS.

Acrescentando, Santos e outros (2008) afirmam que, mesmo não sendo possível estabelecer uma associação direta entre a realização do parto cesáreo e o nascimento de crianças prematuras, há um aumento observado desse tipo de parto, principalmente das cesáreas programadas, com a interrupção indevida da gravidez, que pode ocasionar o nascimento de crianças prematuras, aumentando o risco de morte no período neonatal. Infere-se, portanto, que apesar das medidas públicas adotadas no Brasil para a redução das taxas de cesariana, podendo-se citar a Política de Atenção Obstétrica que incluiu, entre outros, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, há a necessidade de uma intensificação das ações propostas ou mesmo da criação de outras. Destaca-se o papel da APS nesse cenário, visto que, há o reconhecimento das ações desse nível de atenção na conscientização da mulher para a realização do pré-natal, na educação feminina sobre o direito do parto normal e sua importância e, no manejo adequado e precoce da hipertensão arterial e das causas de hospitalização maternas, que por ventura possam resultar no parto cesáreo (SILVEIRA; SANTOS, 2004).

Mediante o exposto até então, pode-se concluir que a infância representa uma fase particularmente vulnerável da vida, quando os determinantes biológicos do óbito estão fortemente atrelados às condições externas, sejam socioeconômicas ou ambientais, que incluem moradia, alimentação, saneamento, higiene e relações familiares, referentes à disponibilidade ou ao acesso aos serviços de saúde (CALDEIRA; FRANÇA; GOULART, 2001). Nesse contexto, a APS mostra-se um a

importante área de atuação para a melhoria da saúde da criança, pois permite o acompanhamento da criança ao longo de sua trajetória, desde o cuidado no pré-natal, além de possibilitar o contexto familiar, social e cultural na qual esse indivíduo está inserido.

2.2.2 A trajetória das Políticas de Atenção à Saúde da Criança no Brasil

No Brasil, a atenção à saúde da criança sofreu transformações e teve influência de cada período histórico vivenciado pelo país, dos avanços do conhecimento técnico-científico na área e das diretrizes das políticas sociais afins. Além disso, contou com a inserção de diferentes agentes e segmentos da sociedade em suas ações (FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, 2007).

Nos primeiros anos da República, a saúde da criança e do adolescente foi considerada uma questão de higiene pública, voltada para a consolidação do projeto de uma nação forte, saudável, ordeira e progressista, com intervenção mínima do Estado, e que visava assegurar a disponibilidade de futura mão de obra trabalhadora (SANTOS NETO et al., 2008).

Apesar de tal entendimento, neste período, os coeficientes de mortalidade infantil eram responsáveis por grande parte dos óbitos dos brasileiros, fato que motivou a realização, em 1933, da Conferência Nacional de Proteção à Infância, na cidade do Rio de Janeiro. O foco central dessa conferência foi o arranjo da atuação federal, estadual e de grupos privados na composição de um programa de proteção materno-infantil. Desse encontro surgiu a ideia da criação de um órgão federal que gerenciasse as atuações de cada representante e, em 1934, culminou na chamada Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. Apesar do financiamento aprovado para as ações da Diretoria, seu repasse nunca foi realizado de forma constante (PARADA; MEDEIROS, 2010).

Logo, em 1937, foi criada a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, em substituição do órgão anterior, que instituiu o primeiro programa estatal voltado a proteção à maternidade, à infância e à adolescência (PARADA; MEDEIROS, 2010). E, em 1940, o Departamento Nacional da Criança assumiu as ações direcionadas à saúde materna, infantil e do adolescente com o objetivo de normatizar o atendimento

ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil (PEREIRA, 1999). Entre as atribuições elencadas para esse departamento, foram definidas, a nível nacional: (1) a realização de inquéritos e estudos relativos à situação do problema social da maternidade, da infância e da adolescência, e (2) a obrigatoriedade de estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011b).

Em 1953, é criado o MS, que incorpora e assume as ações até então de responsabilidade do Departamento Nacional da Criança. Posteriormente, no início da década de 70, foi instituída a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, vinculada à Secretaria de Assistência Médica, cuja atribuição era planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011b).

Cinco anos após, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil foi instaurado, com propósito de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. Tal programa objetivava concentrar recursos financeiros preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de cinco anos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil. Seis subprogramas estavam compreendidos: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; Educação para a Saúde; e, Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011b).

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DNSMI), vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, e, responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente.

Até esse momento, pode-se inferir que os programas públicos de saúde materno-infantil, seguiram a ótica dos demais programas de assistência à saúde da época, cujas ações tinham caráter verticalizado, com enfoque no tratamento de alguns agravos sanitários considerados prioritários e, sob a forma de cuidados

médico-hospitalares (FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, 2007; TYRREL; CARVALHO, 1993).

No ano de 1983, a DNSMI elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A partir de 1984, houve o desmembramento do PAISMC em PAISC e Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984, 2011b). Nessa nova perspectiva, o PAISC foi preconizado para reduzir a morbimortalidade na faixa etária até cinco anos, com cuidados específicos, listados a seguir: acompanhar o crescimento e o desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança; promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no primeiro ano de vida; aumentar os níveis de cobertura vacinal de acordo com as normas técnicas do MS; identificar precocemente os processos patológicos, favorecendo o diagnóstico e tratamento oportunos, e promover a educação, destacando a importância da família nas atividades de assistência à criança (BRASIL, 1984). Continuando, o foco epidemiológico do programa estava associado à explicação do binômio desnutrição-infecção na estrutura de morbimortalidade infantil, como vinculada a múltiplos fatores determinantes, considerando as condições de vida, como alimentação, moradia, ambiente, assistência à saúde (BRASIL, 1984; FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, 2007).

Observa-se, então, que a saúde materna é desvinculada da saúde da criança e o grupo infantil é reconhecido como portador de características próprias, em permanente desenvolvimento, com um perfil de morbimortalidade diferenciado, a ser atendido de forma individualizada. Igualmente, foi introduzida a concepção do conceito ampliado de saúde, em acompanhamento a movimentos da época como a Reforma Sanitária, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, no que tange o cuidado integral à saúde (TYRREL; CARVALHO, 1993). Também, Giovanella e Mendonça (2008) acrescentam que o PAISC e o PAISM foram instituídos concomitantemente ao processo de implantação das AIS, entre 1984 e 1987, como parte da estratégia de consolidação da rede de serviços básicos de saúde.

Em 1990, outras mudanças ocorrem no cenário das políticas públicas de atenção à saúde da criança, a DINSAMI passa a ser intitulada Coordenação de

Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), com a competência de normatizar a assistência à saúde da mulher e da criança, a nível nacional, nas esferas municipal, estadual e federal e orientados pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. As ações desse órgão eram de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador desses grupos (BRASIL, 2011b).

Segundo Samico (2003), no âmbito da atenção à saúde da criança, são inegáveis os resultados positivos alcançados com as políticas e programas implementados até então. Todavia, a autora coloca que frente aos problemas permanentes na saúde infantil e mesmo às dificuldades do desenvolvimento integral das ações elencadas por esses programas e políticas, houve a necessidade da formulação de atividades mais amplas e integrais para a saúde infantil.

Assim, na década de 90 há a revalorização da família enquanto foco das ações nos serviços de saúde, resultando, no ano de 1994, na criação do PSF, com objetivo de reorganizar o modelo assistencial vigente no âmbito da atenção básica em saúde (FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, 2007).

A SF configurou um campo propício à incorporação de outra estratégia, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), adotada em 1996, sob a orientação da OMS e da UNICEF. O AIDPI propôs a oferta de um atendimento sistematizado envolvendo as doenças mais comuns em crianças com faixa etária até os cinco anos. Além disso, incorporou as ações do PAISC e apresentou enquanto objetivos: redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e também distúrbios nutricionais; garantir a adequada qualidade da atenção à saúde infantil, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, e o fortalecer a promoção à saúde e de ações preventivas na infância (BRASIL, 2002a; FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, 2007).

Também em 1996, a CORSAMI foi extinta, com a consequente criação da Coordenação de Saúde da Mulher e da Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que dois anos depois, foram substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Ainda, em 1998, as ações de aleitamento Materno foram incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a designar ATSCAM (BRASIL, 2011b).

Atualmente, a ATSCAM é o setor responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de zero a nove anos de idade. Uma de suas principais atribuições é apoiar os estados e municípios a colocar em prática as recomendações e políticas públicas elaboradas, de forma a cumprir os compromissos assumidos pelo Brasil de proteção e atenção à saúde da criança, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Igualmente, a ATSCAM propõe modelos de atenção que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado”, visando à atenção integral da saúde da criança. Ademais, cinco linhas de cuidado prioritárias têm norteado as ações da ATSCAM, a saber: Atenção à Saúde do Recém-Nascido, Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Vigilância da Mortalidade Infantil e Fetal, Prevenção de Violências e Promoção da Cultura da Paz e, Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

No âmbito da APS, o MS lançou, em 2002, o Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, documento que expressa a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado, que integram aquelas recomendadas pela estratégia AIDPI (BRASIL, 2002c).

Já, a nível hospitalar, o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, mais conhecido como Método Mãe-Canguru, criado em 1999 pelo MS, foi outro avanço significativo na atenção à saúde da criança. O mesmo compõe um tipo de assistência neonatal, baseada no contato pele a pele, precoce e progressivo, entre pai, mãe e bebê até se atingir a posição canguru. Apesar do método não reduzir as taxas de mortalidade infantil, entre os benefícios relacionados à sua adoção, citam-se: aumento de estabilidade térmica aos bebês prematuros (em substituição, para determinados casos, do uso as incubadoras); promoção da alta precoce do bebê de baixo peso, com conseqüente redução de taxas de infecção hospitalar e custos ao sistema de saúde; maior qualidade da assistência e aumento do vínculo afetivo da criança com sua família (BRASIL, 2011a).

Outro importante avanço para a saúde da criança, foram os compromissos firmados pelo Brasil em busca do aprimoramento da saúde desse grupo populacional, como a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e

Redução da Mortalidade Infantil, lançada pelo MS em 2004, que ressalta a importância de um cuidado integral e multiprofissional, que compreende as necessidades e direitos da população infantil, nos diferentes níveis de atenção, dos serviços de saúde, em interface aos demais setores, vinculados à saúde infantil, como moradia, saneamento básico, educação e lazer (BRASIL, 2004a). Nesse contexto, o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Infantil e Materna, anunciado em 2004, propõe a articulação de diferentes atores sociais na mobilização contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. Para tanto, o documento direciona algumas ações estratégicas, como: a expansão da atenção básica, por meio da ampliação da SF, com finalidade de aumentar a cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância a saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura (BRASIL, 2004b).

Ainda, faz-se menção ao Pacto pela Vida, componente do Pacto pela Saúde, de 2006, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e prioridades, que também incluem a atenção à saúde da criança, no que concerne à redução da mortalidade infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias (BRASIL, 2006b).

Baseado nas informações descritas, pode-se afirmar que muitos foram os progressos nas políticas e programas voltados para a atenção à saúde da criança no país. Mas, também se pode perceber que há uma permanência de desfechos negativos à saúde dessa população, na qual os óbitos infantis são caracterizados, principalmente, por uma prevalência das afecções perinatais, em especial no período neonatal. Assim, infere-se que para aperfeiçoar a capacidade de enfrentamento de tal situação, é necessário conhecer a realidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, adiciona-se que o processo avaliativo representa um componente fundamental para a busca de informações de qualidade sobre as ações fornecidas. A partir dessas informações será possível traçar e implementar ações corretivas.

2.2 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A capacidade de tomar decisões é inerente aos seres humanos como algo essencial à sua existência e tem, como pressuposto, o ato de avaliar as opções existentes (FIGUEIREDO, A. M., 2011). Nesse sentido, o processo avaliativo norteia a construção do conhecimento uma vez que, abrange a reflexão de um determinado contexto, a partir da emissão de juízo de valor (TANAKA; MELO, 2004). Assim, avaliar configura uma necessidade permanente em todas as áreas e atividades do cotidiano dos indivíduos.

Na área da saúde, a prática avaliativa emergiu em um cenário que agrupava financiamentos limitados e especificidades do próprio campo, tais como: diversidade de modelos assistenciais, expansão de serviços médicos especializados, incorporação crescente de tecnologias com custos elevados, demanda progressiva por ações e intervenções e diferentes perfis de morbimortalidade das populações. Dessa forma, a avaliação no campo da saúde surge enquanto resposta para subsidiar a escolha de ações de saúde mais eficientes, com propósito de atender as necessidades da população e impactar em determinados quadros sanitários (BRASIL, 2005b; SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, 1994; TANAKA; MELO, 2004; UCHIMURA; BOSI, 2004; VAUGHAN, 2004).

No entanto, a avaliação, de uma forma geral, tem sido conceituada de diferentes maneiras, perspectivas e enfoques. Como resultando, há registro de uma polissemia conceitual e metodológica acerca do processo avaliativo (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Em uma ótica histórica, Guba e Lincoln¹ (apud CRUZ, 2011) definiram momentos, que denominaram como “gerações”, que contemplam a discussões conceituais acerca da avaliação, a saber: a) primeira geração, de 1910 a 1930, centrada na construção e na aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma determinada intervenção; b) segunda, no período de 1930 a 1967, ênfase na descrição das intervenções e marca a avaliação de programas em áreas distintas; c) terceira, ocorrida entre 1967 e 1980, ancorada no julgamento de mérito e de valores de uma intervenção como subsídio para tomada de decisão; e,

¹GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. The coming of age of evaluation. In: FOURTH Generation Evaluation. Newbury Park: SAGE Publications, 1989. p. 21-49.

d) quarta, que abrange a década de 80 em diante, associado à questão da negociação entre os distintos atores interessados e envolvidos na esfera avaliativa.

Entre os conceitos acerca do processo avaliativo, Ferreira (1986), por exemplo, exprime que o termo avaliação, em um sentido geral, refere ao ato ou efeito de avaliar. Nessa acepção, Uchimura e Bosi (2004), corroborado por Aguilar e Ander-Egg (1994), expõem que avaliar consiste julgar, estimar, medir e classificar algo ou alguém.

Já, Contandriopoulos e outros (1997) expõem que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor em relação a uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o propósito de nortear a tomada de decisão.

No presente estudo, adotou-se o entendimento de Donabedian (1990; 2005) para a avaliação de serviços de saúde. Tal entendimento define a avaliação como característica essencial quando se almeja a excelência/qualidade de um serviço. Nesse caso, a avaliação está embasada em três componentes: o de estrutura, compostos por recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência; o de processos, que corresponde ao conjunto de atividades que envolvem os profissionais de saúde e os pacientes, com base em padrões aceitos; e, o de resultados, definidos como produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Os referidos componentes atendem a observância dos pilares da qualidade, também descritos por Donabedian (1990) como: a eficácia (o melhor resultado obtido nas condições mais favoráveis), a efetividade (o resultado favorável alcançado ou alcançável, nas condições usuais da prática cotidiana), eficiência (referente à relação de custo e benefício da ação executada e do resultado atingido ou proposto), equidade (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição das ações entre os beneficiários), aceitabilidade (sinônimo de adaptação das intervenções às expectativas, anseios e valores daqueles para quem as ações são dirigidas), otimização (referente à conquista do melhor produto utilizando a menor quantidade de recursos possível) e legitimidade (aceitabilidade das ações ou produtos da forma em que são compreendidos pela população).

Além disso, para Novaes (2000) existem critérios que procuram considerar as principais variáveis que norteiam as decisões conceituais e metodológicas no que se refere a construção dos processos avaliativos. Tais critérios são: (1) objetivo da

avaliação, definido como a priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização desse conhecimento; (2) posição do avaliador, que pode ser externa ou interna, em relação ao objeto avaliado; (3) enfoque priorizado referente a caracterizar e compreender o contexto, no qual o avaliador está inserido, ou quantificar e comparar os impactos de intervenções, quando o avaliador está posicionado externamente à situação a ser avaliada; (4) metodologia predominante que pode ser quantitativa ou qualitativa, situacional, experimental ou quase experimental; (5) forma de utilização da informação produzida que pode ser para demonstrar ou comprovar algo, para informar alguma coisa ou para que o avaliador possa se instrumentalizar com a informação gerada pelo processo avaliativo; (6) contexto da avaliação pode ser controlado ou natural; (7) temporalidade da avaliação, classificada como pontual, corrente ou contínua, e (8) tipo de juízo formulado pode estar vinculado à comprovação ou negação de hipóteses ou mesmo para o fornecimento recomendações e normas.

Dessa forma, por meio da combinação dos critérios descritos, é possível identificar três tipos de avaliações:

- a) pesquisa de avaliação: cujo objetivo principal é a produção de determinado conhecimento reconhecido pela comunidade científica, na qual o avaliador esteja inserido. O conhecimento gerado pela prática avaliativa servirá como fator de orientação para a tomada de decisão em relação às questões vinculadas à realização da pesquisa, como, por exemplo, a disponibilidade de tempo e de recursos.
- b) avaliação para decisão: com objetivo central de gerar respostas para as questões propostas pelo avaliador, as quais servirão para nortear os processos de tomada de decisão. Nesse caso, a capacidade de escolha, quando se fizer necessária, é mais importante do que o cientificismo do conhecimento produzido.
- c) avaliação para gestão: tem como propósito dominante a produção de conhecimento necessário para contribuir no aprimoramento de uma dada situação (objeto avaliado) (NOVAES, 2000).

Sob o enfoque da avaliação para gestão, Tanaka e Tamaki (2012) completam que o processo avaliativo é compreendido como ferramenta ou instrumento que visa subsidiar a gestão, pois permite conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos para as ações. E, segundo o MS a

avaliação é componente fundamental do planejamento e, conseqüentemente para a gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2005a).

Pretende-se, com a presente pesquisa contribuir com a avaliação para a gestão dos serviços de APS voltados à Atenção à Saúde da Criança, uma vez que os resultados produzidos permitem identificar aspectos que exigem reafirmação ou reformulação no planejamento das ações.

Outra questão relevante em relação a avaliação dos serviços em saúde é a perspectiva daqueles que a realizam. Infere-se que cada perspectiva está embutida em diferentes contextos, com interesses diversos, que ora podem convergir, ora divergir.

Nesse sentido, o olhar do usuário, adotado neste estudo, tem sido amplamente discutido no campo da avaliação da rede assistencial de saúde, pois, de acordo com Santos e outros (2008), tais indivíduos compõem os principais atores e protagonistas das ações ofertadas pelos serviços de saúde.

No Brasil, a visão do usuário têm uma relevância especial, pois é parte de um paradigma no qual é reafirmado o princípio de cidadania, aumentado consideravelmente, com a crescente consciência do direito à saúde (SANTOS et al., 2008). Até então, o país apresentou uma tradição sanitarista que preconizou metodologias indiretas de levantamento das necessidades em saúde e da análise da qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2010a, RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010).

Ademais, as análises dos usuários acerca das unidades de atenção à saúde, conforme Shimizu e Rosales (2008), devem ser reconhecidas como portadoras de racionalidade e amparadas no cenário histórico e social de sua produção, com potencial de elucidar variáveis contextuais importantes que interferem na efetividade das ações. A inclusão da perspectiva do usuário no processo avaliativo corrobora com as orientações do SUS em relação à participação e controle social na gestão dos serviços de saúde. A condução da prática avaliativa pelo conjunto dos atores envolvidos nesse processo contribui no aumento do conhecimento do espaço de vida e dos problemas de saúde da população e, auxilia a interação e o comprometimento desses sujeitos, no que se refere a negociação das decisões e ações e a mobilização para a execução das tarefas, em busca de benefícios em comum (AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2006).

Além disso, a satisfação do usuário é considerada um importante desfecho para avaliar os serviços de saúde (ZILS et al., 2009). Mas, a satisfação com os serviços não é, em si, uma medida de qualidade da atenção. A satisfação pode estar indiretamente relacionada com a qualidade na medida em que a atuação dos serviços de saúde pode influenciar no estado de saúde dos indivíduos (STARFIELD, 2002). Isto posto, estudos demonstram que usuários satisfeitos tendem a apresentar uma relação de vinculação melhor com o serviço de saúde, além de, potencialmente, aprimorar a adesão às terapêuticas propostas pela equipe de saúde (RAMOS; LIMA, 2003).

No entanto, para obter a satisfação do usuário é necessário compreender suas necessidades e, em seguida, possuir processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolvê-las. Para tanto, os serviços de saúde devem traduzir essas necessidades em requisitos e cumprir esses fatores, fato que requer a coleta e a análise de dados de forma sistemática, para gerar informações que possam levar ao entendimento desses requisitos e das percepções dos usuários (DEMING, 1990).

Entretanto, o MS ressalta que para que a avaliação seja exitosa, ela deve ser permeada de imparcialidade técnica e da articular os diferentes olhares e saberes dos atores envolvidos no processo avaliativo (BRASIL, 2005a).

Em relação à avaliação da APS, destaca-se que a rápida expansão desse nível de atenção, em especial, nas Américas e no Brasil, configurou a importância e a necessidade de discutir questões relacionadas à qualificação e resolutividade dos serviços e das equipes de saúde (SILVA, J. M.; CALDEIRA, 2010).

Reforça tal necessidade, a organização do SUS de forma a considerar a APS como eixo ordenador da rede de atenção, como porta de entrada preferencial para o acesso dos usuários aos serviços de saúde e como responsável pelo atendimento de cerca de 85% das necessidades de saúde da população. Dessa maneira, tais atribuições refletem a importância do correto funcionamento da APS no contexto da saúde dos brasileiros (MENDONÇA, 2009; STARFIELD, 1991). Porém, o que é observado na operacionalização deste nível de atenção no país, são sinais de fragilidade associados ora pela condução inadequada da mesma, incluindo a falta de adesão integral dos seus atributos ordenadores, resultando, por exemplo, em índices remanescentes de hospitalizações decorrentes de condições sensíveis à APS. Esse fato foi demonstrado, por exemplo, no estudo de Fernandes e outros

(2009), no qual o percentual dessas internações foi de 38,8%, em um grupo de 660 pacientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica de hospitais conveniados com o SUS, em Montes Claros-MG, entre 2007 e 2008.

Ademais, apesar de no país a SF ser considerada a estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS, ela não está presente em 100% da rede de serviços de APS. Assim, o MS coloca que identificar a heterogeneidade das unidades assistenciais de APS, permite a produção de conhecimento sobre a efetividade dos serviços, evitando a utilização da SF como uma categoria geral de análise (BRASIL, 2010a).

Outrossim, a prática em APS através da SF possui peculiaridades associadas à relação de proximidade das equipes de saúde e das unidades de atenção com a comunidade e seus problemas de saúde. Dessa forma, no país, foram criados planos e projetos específicos para analisar e contextualizar não somente a APS, mas a SF, como os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, instituídos como parte das ações do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, com a pretensão de fortalecer o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, no que se refere à avaliação da atenção básica.

Também, citam-se as experiências de institucionalização dos instrumentos de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família e mais recentemente do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, metodologias de gestão interna ou de autogestão dos processos de aprimoramento contínuo da qualidade da SF (BRASIL, 2006a, 2011c).

Por último, destaca-se o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), criado Starfield e colaboradores, na *Johns Hopiking Primary Care Policy Center*, Estados Unidos da América, baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (BRASIL, 2010a). Esse modelo de avaliação identifica a presença e a mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados das ações prestadas, denominados atributos ordenadores, e permite apontar as necessidades de reafirmação ou reformulação de um serviço de APS (BRASIL, 2010a; DONABEDIAN, 2005; HARZHEIM et al., 2006).

O PCAtool foi adaptado e validado com êxito à realidade brasileira e é referenciado pelo MS para avaliar a APS no âmbito do SUS. Além disso, há

diferentes versões do instrumento, orientadas para aplicação aos profissionais de saúde ou a usuários. É, ainda, dirigido às ações de saúde do adulto e da criança, e reflete a experiência desses grupos em relação aos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

No que concerne os atributos da APS, Starfield (1991; 2002) identificou e classificou tais características, da presente forma:

- Atributos essenciais (características principais que, quando combinadas, são exclusivas da APS): (a) *Acesso de primeiro contato do indivíduo ao sistema de saúde*: relacionado a acessibilidade e ao uso dos serviços como fonte de cuidado conforme a demanda do indivíduo e de sua família, exceto quando há a necessidade de emergências e urgências médicas; (b) *Integralidade*: remete à variedade de ações disponíveis e ofertadas ao atendimento das necessidades expostas pela população, do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença e de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas a APS, com a garantia de encaminhamento na rede às ações dos demais níveis de atenção; (c) *Longitudinalidade*: implica na existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde assim como sua utilização ao longo do tempo e, (d) *Coordenação*: pressupõe a capacidade de garantir o seguimento da atenção no interior da rede de serviços por um profissional ou equipe de saúde ou por meio do acompanhamento de dados de saúde dos indivíduos presentes nos sistemas de informação, de forma a integrar o cuidado.
- Derivados (características complementares, associadas aos atributos anteriores, por peculiaridades que deles derivam): (a) *Atenção centralizada na família*: considera a família como o sujeito da atenção no processo de saúde-doença, ora como um potencial cuidador, ora como uma ameaça à saúde, sem perder o foco na avaliação das necessidades individuais; (b) *Orientação comunitária*: implica no reconhecimento das necessidades de saúde através de dados epidemiológicos e do contato direto com população, visando uma avaliação e planejamento em conjunto e finalmente e, (c) *Competência cultural*: concerne na adaptação do profissional de saúde ao contexto social, cultural, econômico e de infraestrutura onde as pessoas vivem (STARFIELD, 1991, 2002).

De acordo com Chomatas (2009), Harzheim (2004), Leão, Caldeira e Oliveira (2011), Mendes (2010), M. M. C. Oliveira (2007), Starfield (1991, 2002) e Starfield, Shi e Macinko (2005), estudos avaliativos da APS apontam que é possível determinar se o serviço está ou não orientado à APS, de acordo com a presença e a extensão dos atributos descritos, pois quando operacionalizados, as ações ofertadas promovem os melhores indicadores de saúde da população, maior satisfação dos usuários, menores custos, maior equidade de acesso, organização com maior eficiência fluxo de pacientes dentro do sistema de saúde, tratamento mais efetivo de condições crônicas, e maior utilização de práticas preventivas. De maneira antagônica, há estudos que relatam a existência de pacotes de atenção básica com incapacidade estrutural de atender algo mais além da demanda espontânea, por serem incompletos no que concerne a amplitude de serviços oferecidos e sem interação com os outros níveis de atenção (HARZHEIM et al., 2006).

Perante a importância da observância dos atributos da APS para avaliação dos serviços da APS, adotou-se o PCATool enquanto instrumento para atender aos objetivos propostos no presente estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção da saúde criança na APS, sob a perspectiva do usuário.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, na assistência à criança, por UAPS, por grupos estratificados de UAPS (UAPS-SF, UAPS-PACS e UAPS-tradicional) e para o município;
- Comparar os resultados dos escores dos atributos da APS entre as UAPS-SF e as UAPS-Tradicional/PACS.

4 ESTRATÉGIAS E METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, de caráter quantitativo, de avaliação da qualidade da APS.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário estudado foi o município de Juiz de Fora, de médio porte, com uma população estimada em 516.247 habitantes e uma extensão territorial equivalente a 1.435.664 Km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). O município tem uma tradição industrial, que se consolidou como importante polo estadual de desenvolvimento, atraindo um contingente populacional flutuante.

No contexto da saúde, quanto à gestão do SUS, o município é habilitado na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a partir de 2002, de acordo com a Portaria 2023/GM, de 23 de setembro de 2004 e pelas determinações da Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS 2002 o município é sede de micro e macrorregião, abrangendo noventa e quatro municípios, com uma população de aproximadamente 1.300.000 pessoas (BRASIL, 2002b, 2004b, MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O município é dividido em oito regiões administrativas de saúde e com 12 regiões sanitárias de saúde (Apêndice A). A rede de atenção à saúde é composta por unidades de prestação de serviços de saúde, alocadas conforme níveis de complexidade assistencial, em atenção primária, atenção de média complexidade e alta complexidade, da seguinte forma:

- Cinquenta e nove Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), sendo 44 localizadas na área urbana e 15 na área rural. Desse montante, 51,7% dos habitantes são assistidos pela modalidade da SF, na qual 80 equipes se concentram no eixo urbano e quatro na zona rural e os outros 30%, são atendidos por 19 equipes que operam em unidades de modelo tradicional e duas com PACS (BRASIL, [c20--c]; JUIZ DE FORA, 2010).

Percebe-se que, em relação à atenção primária há uma transição entre o modelo da SF (implantado desde 1995), o PACS e o modelo tradicional de atenção. Ainda, 18,3% da população não possui cobertura por unidades de APS, fato que dificulta o acesso aos serviços desse nível de atenção, bem como representa um obstáculo à organização de redes complementares (JUIZ DE FORA, 2010).

- Sete departamentos e serviços especializados de média complexidade (Apêndice B) destinados a grupos populacionais específicos, cujo acesso é regulado pela Central de Marcação de Consultas, sendo os usuários referenciados pelos Serviços de Urgência e Emergência e pelas UAPS, atendendo também demandas dos municípios pactuados.
- A atenção em alta complexidade é propiciada por hospitais conveniados ao SUS, com uma rede que porta um total de 2.920 leitos, sendo 2.052 leitos conveniados SUS, incluindo leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, de terapia intensiva nas modalidades Adulto e Neonatal, Hospital Dia/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana e outras especialidades (doenças crônico-degenerativas, fisiologia e psiquiatria) (BRASIL, [c20--a]; JUIZ DE FORA, 2010).

No que se refere à Rede de Atenção à Saúde da Criança no município, as ações são voltadas para a população infantil de 0 a \leq 12 anos. As ações de APS (Puericultura, Atenção ao Desnutrido, Imunizações, Teste do Pezinho e Atendimento às Doenças Prevalentes na Infância) são ofertadas pelas UAPS e, nas regiões onde não há este nível de atenção, a população infantil é referenciada para unidades com atenção de média complexidade.

A assistência de média complexidade é realizada por duas unidades de serviços, sendo o Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente responsável pela oferta de ações para crianças de alto risco, patologias específicas, atendimentos de portadores de Síndrome de Down, de obesidade infantil com ou sem hipertensão arterial associada, *follow-up* para recém-nascidos de alto risco, Programa de Reabilitação e Estimulação Visual. Além disso, há o Núcleo Especializado de Atendimento à Criança Escolar, em parceria com o Estado de Minas Gerais, responsável por ações referentes à criança com dificuldades no aprendizado escolar e o Centro Viva a Vida, em convênio da Fundação de Apoio do Hospital Universitário- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Secretaria

Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com a interveniência do Município de Juiz de Fora, que promove ações de média complexidade extensiva aos atendimentos às crianças, adolescentes, mulheres e população em geral do município e da região referenciada (JUIZ DE FORA, 2010, [20--]).

No que concerne a atenção hospitalar, são seis os hospitais, conveniados e/ou contratados ao SUS, que oferecem leitos clínicos e cirúrgicos para pediatria e neonatologia, conforme relação abaixo:

- Hospital Regional João Penido (HRJP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, público estadual, com oferta de 26 leitos para pediatria, destinados a diversas especialidades;
- Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCM-JF), filantrópico, portando 60 leitos pediátricos e 16 leitos para neonatologia, com destaque aos atendimentos cirúrgicos cardiovasculares e neurológicos;
- Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus contém 13 leitos de internação pediátrica, contratados ao SUS;
- Hospital Universitário de Juiz de Fora, unidade de assistência hospitalar e ambulatorial integrada à estruturada da Universidade Federal de Juiz de Fora, disponibiliza 20 leitos pediátricos ao SUS e,
- Instituto Oncológico e Hospital Maria José Baeta Reis – Ascomcer (Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora), contratados ao SUS, atendem respectivamente, a seis e cinco, leitos pediátricos em oncologia.

No município há dois hospitais conveniados ao SUS com leitos de terapia intensiva neonatal e pediátrica, o HRJP com oferta de 20 leitos de UTI neonatal e 10 leitos de UTI pediátrica e a SCM-JF portando 10 leitos de terapia intensiva neonatal, destinados a diversas especialidades.

A Atenção às Urgências e Emergências pediátricas está prevista em todas as unidades de pronto-atendimento (UPAS) de Juiz de Fora, na Unidade Regional Leste e no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS) e, encontra-se em processo de adesão quanto à implantação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência, conforme prevê a Resolução da SES-MG n. 2.132, de 9 de dezembro de 2009 (JUIZ DE FORA, 2010, [20--]; MINAS GERAIS, 2009). Também há uma unidade com atendimento exclusivo à criança, o Pronto Atendimento Infantil, mas possuiu alguns problemas relacionados

à recursos humanos, materiais e infraestrutura, como a ausência de serviço de Raio X e de laboratório próprios.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A população de estudo foi composta por pais ou cuidadores, presentes nas UAPS no momento da coleta de dados, de crianças menores de cinco anos usuárias do SUS. Tal faixa etária é definida pelo Ministério da Saúde como um dos principais eixos de ação da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, por se tratar de grupo populacional com elevada taxa de crescimento somático no período e vulnerabilidade às principais doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2002c, 2004a). Os demais critérios de inclusão no estudo foram: residência fixa no município de Juiz de Fora-MG e idade maior ou igual a 18 anos.

Foram excluídos do estudo cuidadores que não apresentarem condições físico/mental para responder ao questionário e cuja residência se encontre fora do município de estudo.

4.3 AMOSTRA

A amostra foi definida com base nos dados referentes ao último censo IBGE (2010), no qual o município contava com 28.880 crianças menores de cinco anos, que representavam 5,6% do total da população do município computada para o mesmo ano. Assim, foi calculada uma estimativa da população nessa faixa etária assistida por UAPS na zona urbana, multiplicando-se a porcentagem acima referida pelo total de pessoas cobertas por cada unidade. Os dados referentes à população coberta por cada UAPS foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG e datam do mês de julho de 2012, os quais estão devidamente dispostos na coluna “*Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não*

há UAPS” do Apêndice A. O valor encontrado para essa população estimada foi de 24.440.

Os pressupostos para o cálculo amostral foram:

- Proporção esperada² = 0,50
- Nível de confiança: 95%
- Margem de erro: 10%
- Efeito de desenho: 1.5

O resultado obtido foi de 144 indivíduos, porém, ao acrescentar uma margem de perda amostral de 15%, o valor encontrado foi equivalente a 169.

O processo de amostragem foi realizado em três etapas, a saber:

- Estratificação: referente à distribuição/classificação das UAPS de acordo com o modelo assistencial de APS ofertado, que são respectivamente: sete com modelo tradicional, duas com PACS e 36 com SF, totalizando 45 UAPS, consideradas como conglomerados. Adotou-se um número de conglomerados a serem observados igual a 20 (aproximadamente a metade do número total), chegando-se ao número de conglomerados por estrato: 3, 1 e 16, respectivamente.
- Seleção de conglomerados, representados pelas UAPS, para cada estrato, proporcional à população estimada coberta por UAPS da zona urbana do município: foram divididos o valor de 169 indivíduos por 20 UAPS, porém, uma vez que o número obtido não representa um valor inteiro constante para cada conglomerado, o que é favorável para redução da variância, necessitou-se arredondar para um montante de 180 crianças. Dessa forma, obteve-se uma distribuição de nove indivíduos para cada conglomerado. O sorteio dos conglomerados, nos estratos descritos, foi realizado de forma proporcional à população coberta por cada unidade, sendo selecionadas 16 com SF (UAPS Bandeirantes, Esplanada, Jardim Natal, Jóquei Clube, Linhares, Marumbi, Milho Branco, Nossa Senhora Aparecida, Santa Cândida/São Sebastião, Santa Cecília, Santa Luzia, Santo Antônio, São Judas Tadeu, Teixeira, Vila Esperança e Vila Ideal), duas com modelo tradicional (UAPS Nossa Senhora das Graças e Centro Sul) e uma com PACS (UAPS São Pedro), totalizando 19

² Pior proporção ou desfecho teórico estimado em 50% para um resultado não favorável, referente ao escore global da APS e aos respectivos atributos.

UAPS. A justificativa do resultado do sorteio dos conglomerados ter selecionado 19 UAPS e não 20 deve-se ao fato da UAPS Centro Sul ter sido sorteada duas vezes. Isso ocorreu em função do contingente populacional coberto pela UAPS Centro Sul ser significativamente maior em relação às demais unidades. Por essa razão, ela teve uma distribuição dobrada de indivíduos, totalizando 18 crianças.

- Seleção dos indivíduos na distribuição das crianças de cada conglomerado selecionado: os indivíduos foram selecionados aleatoriamente, no momento de ida ao serviço para atendimento das ações de saúde à criança, procurando-se respeitar uma proporção de 80% para demanda programada e 20% para demanda espontânea. Esse processo de seleção só não foi possível na UAPS Centro Sul, pois, de acordo com a atual gerente da unidade (Enfermeira Raquel), não faz parte da rotina do serviço o atendimento programático para as ações da saúde da criança. Dessa maneira, nessa unidade procedeu-se da seguinte forma: 50% dos dados coletados foram resultado de atendimentos médicos (consultas) e o restante de outros atendimentos a demanda espontânea, especialmente imunização.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS PERDAS

Para fins de análise, considerou-se como perdas do estudo:

- As recusas para realização das entrevistas;
- A não assinatura ou a retirada da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Apêndice C); e
- Os componentes finais (Serviços de saúde ou médico/enfermeiro) do atributo A (Grau de Afiliação) apontados para avaliação que não fizessem parte do escopo da APS ou, que não estivessem associados à unidade de saúde em averiguação.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O processo investigatório foi realizado mediante aplicação de um protocolo de dados sociodemográficos (Apêndice D), para caracterização dos entrevistados e da população do estudo, e do instrumento PCAtool-Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Versão Criança (Anexo A).

O PCAtool advém de um conjunto de escores de cada atributo da APS, gerando um escore global que define o grau de orientação do serviço ou sistema de saúde à APS (BRASIL, 2010a). A versão criança validada para o país é composta por 55 perguntas para aferição dos atributos da APS assim distribuídos: seis para acesso de primeiro contato, 14 para continuidade ou longitudinalidade, oito para coordenação, 14 para integralidade, três para orientação familiar, quatro para orientação comunitária e, outras três perguntas que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

No referido instrumento, há identificação de elementos de estrutura da APS, que abrangem a acessibilidade, entendida como a capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma população; a amplitude de serviços ofertados, relacionada à disponibilidade das ações aos usuários; a definição da população a assistida, que concerne à adscrição das famílias às unidades com APS; e, a continuidade dos cuidados, entendida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e a utilização dos serviços ao longo do tempo. Igualmente avalia elementos de processo desse nível de atenção, que incluem os padrões de utilização dos serviços, exemplificados pela questão do profissional que o indivíduo habitualmente recorre na unidade de atenção, e o reconhecimento dos problemas e transtornos de saúde dos indivíduos, pelo levantamento de algumas afecções (BRASIL, 2010a).

De acordo com metodologia definida, as respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Lickert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 (1 = *com certeza não*, 2 = *provavelmente não*, 3 = *provavelmente sim* e 4 = *com certeza sim*), exceto no item correspondente ao grau de afiliação ao serviço de saúde, representativo da força da relação entre o usuário e o serviço/profissional de saúde, cujas variáveis são categóricas (BRASIL, 2010a).

Para interpretação das respostas individuais dos entrevistados em relação a cada questão, considerou-se, nesse estudo, as alternativas “*com certeza não*”, “*provavelmente não*” e “*não sei*” como negativas ou desfavoráveis, e “*com certeza sim*” e “*provavelmente sim*” como positivas ou favoráveis.

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis preditoras analisadas foram os dados sociodemográficos selecionados para a caracterização dos entrevistados, que incluem: o grau de parentesco com a criança, sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil e raça; e da população do estudo, que abrangem: sexo, idade e raça.

O outro conjunto de variáveis preditoras foram os atributos da APS são os:

- *Atributos Essenciais*, representados por: Grau de Afiliação, Utilização-Acesso de Primeiro Contato, Acessibilidade-Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integração de Cuidados-Coordenação, Sistema de Informação-Coordenação, Serviços Disponíveis-Integralidade, Serviços Prestados-Integralidade, e
- *Atributos Derivados*, expressos por: Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

As variáveis de desfecho avaliadas foram os escores satisfatórios ou insatisfatórios das UAPS, dos grupos de UAPS estratificados pela tipologia assistencial e do município.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 20 de maio de 2013 a 09 de agosto de 2013, pela pesquisadora, durante o horário de funcionamento das UAPS, por meio de abordagem direta dos pais ou cuidadores das crianças menores de cinco anos nas UAPS no momento de ida ao serviço para atendimento de ações à criança. Inicialmente, o objetivo do estudo era apresentado e depois de realizado o

convite para participação da pesquisa. Perante aceitação procedia-se com a leitura do TCLE e solicitação da assinatura do mesmo. Uma vez obtida a anuência passava-se a uma leitura inicial dos instrumentos de coleta, na seguinte ordem: protocolo de dados sociodemográficos e PCAtool Brasil-versão infantil. No caso de dúvidas por parte dos entrevistados em relação aos questionários, os itens eram relidos quantas vezes se fizessem necessárias. Não foram efetuadas explicações sobre o conteúdo específico das questões, no intuito de se prevenir possíveis vieses por influência dos pesquisadores.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu aos preceitos éticos contidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi desenvolvido sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF (Anexo B). O início da coleta de dados foi realizado mediante assinatura do Termo de Infraestrutura pela Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG, que certificou as condições necessárias, no cenário do estudo, para a realização da pesquisa (Anexo C). Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados somente após a assinatura do TCLE (Apêndice C) pelos indivíduos que aceitaram participar do estudo.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi criado um banco de dados no programa Excel, no qual os dados foram compilados e agrupados de acordo com os blocos de perguntas dos instrumentos utilizados na coleta de dados: atributos da APS (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade e Utilização, Longitudinalidade, Coordenação-Integração de Cuidados e Sistema de Informação, Integralidade-Serviços Disponíveis e Serviços Ofertados e Orientação-Familiar e Comunitária),

características sociodemográficas dos cuidadores (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, grau de escolaridade, raça/cor) e das crianças (idade, sexo e raça/cor).

Após, foram calculados os escores dos atributos, o EEAPS e o EGAPS, de acordo com as instruções presentes no Anexo D, originárias do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment tool-PCAtool*) (BRASIL, 2010a) para cada entrevista realizada. Os escores finais foram dados pela média das respostas das entrevistas. Por sua vez, esses escores, apresentados em escala Likert com intervalo de 1 a 4, foram convertidos em uma escala de 0 a 10, também em conformidade com as normas citadas, com o objetivo de facilitar a interpretação da grandeza dos valores.

Como não há no referido documento a definição de parâmetros para a interpretação dos valores da escala Likert ou do intervalo de 0 a 10, para o status dos atributos e dos escores obtidos, tomou-se como referência os valores estabelecidos no instrumento original, os quais foram utilizados em estudos realizados com a aplicação do PCATool, conforme descrito a seguir:

- Escores > 6,6 e atributos equivalentes ao valor três ou mais na escala Likert, foram considerados elevados;
- Escores < 6,6 e atributos correspondentes a valores inferiores a três na escala Likert, foram classificados baixos (CUNHA, 2006; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA, M. M. C., 2007).

A seguir, os dados coletados foram transcritos para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15, para a execução do processamento e a submissão das análises. A análise estatística descritiva foi realizada de forma que as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas, porcentagens e as variáveis quantitativas, por meio de média e desvio padrão.

Efetou-se a análise estatística inferencial para comparar os escores obtidos nos diferentes modelos de APS no município estudado. Para tal análise optou-se por agrupar os resultados de acordo com a presença ou não de SF nas UAPS, sendo definidas duas categorias: UAPS-SF e UAPS – tradicional/PACS. Essa conduta é justificada pelo fato da amostra de crianças ter tido maior representatividade em áreas cobertas pela SF, já que no município há maior concentração de UAPS-SF (total de 142 entrevistados). Tal fato ocasionou uma amostra para as UAPS-Tradicionais e UAPS-PACS de menor número de entrevistados (20 e 9,

respectivamente). Além disso, infere-se que a análise conjunta dos dois tipos de UAPS (tradicional e PACS) não gera viés, uma já que o PACS orienta suas atividades pela lógica de funcionamento das UAPS-tradicionais. Ou seja, apesar dos ACS serem responsáveis por micro áreas distintas, a atenção ofertada pelos demais profissionais da equipe de APS não é ordenada dessa maneira. Assim, os usuários são acompanhados por ACS específicos, mas podem ser atendidos por diferentes médicos e enfermeiros.

Uma vez que a distribuição dos escores não é normal, foi efetuado teste de hipótese não paramétrico, com valor de $p < 0,05$, para contrapor a ordenação das médias dos postos dos escores das UAPS-SF e das UAPS-Tradicional/PACS (Amostras Independentes – Teste Mann-Whitney). Fixou-se os maiores valores das médias como referência para a melhor avaliação

5 RESULTADOS

Inicialmente, seriam entrevistados 180 cuidadores, no entanto houve nove perdas, sendo destas: duas recusas para participação do estudo (uma da UAPS Centro Sul e uma da UAPS Santa Cecília), seis cuidadores apontaram grau de afiliação com serviços de saúde vinculados à atenção de média e alta complexidade (cinco da UAPS Centro Sul e uma da UAPS Linhares) e um cuidador identificou como unidade de referência aos cuidados de saúde da criança uma UAPS não contemplada na seleção dos conglomerados (UAPS Ipiranga). Sendo assim, os sujeitos da pesquisa totalizaram 171 cuidadores.

Acerca da caracterização da população do estudo, identifica-se, na Tabela 1, que houve predomínio de crianças menores de um ano nos três modelos de APS estudados (grupos de estratificação: UAPS-SF, UAPS-PACS e UAPS-tradicional), perfazendo um total de 54,4% da amostra investigada. A idade média das crianças com até cinco anos foi de 19,5 meses (DP = 17,76). Do total de indivíduos pesquisados 50,3% eram do sexo feminino, 48,5% eram brancos, 16,9% eram pretos e 34,5% pardos.

Tabela 1. Características demográficas das crianças

Características	UAPS-SF		UAPS-Tradicional		UAPS-PACS		Município	
	Freq. absol.	%	Freq. absol.	%	Freq. absol.	%	Freq. absol.	%
Total de crianças	142	83,0	20	11,7	9	5,3	171	100,0
<i>Faixa Etária</i>								
<1 ano	77	54,2	11	55,0	5	55,6	93	54,4
1 ano < 2 anos	19	13,4	1	5,0	0	0,0	20	11,7
2 anos < 3 anos	13	9,2	1	5,0	2	22,2	16	9,4
3 anos < 4 anos	14	9,9	4	20,0	2	22,2	20	11,7
4 anos < 5 anos	19	13,4	3	15,0	0	0,0	22	12,9
<i>Sexo</i>								
Feminino	72	50,7	11	55,0	5	55,6	88	51,5
Masculino	70	49,3	9	45,0	4	44,4	83	48,5
<i>Raça ou Cor</i>								
Branco	62	43,7	13	65,0	4	44,4	79	60,2
Pardo	59	41,5	5	25,0	4	44,4	68	39,8
Preto	21	14,8	2	10,0	1	11,1	24	14,0

Fonte: A autora

Legenda: Freq.: frequência; absol.: absoluta; SF: Saúde da Família; Trad.: tradicional; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Em relação ao universo de cuidadores pesquisados, a Tabela 2 apresenta: 94,2% eram mulheres e 5,8% eram homens; 46,2% dos indivíduos eram de cor branca; a faixa etária prevalente foi de 20 a 29 anos (60,2%), sendo a idade média estimada em 26,5 anos (DP = 7,90). Houve hegemonia de mães das crianças (80,7%), no quesito grau de parentesco. Os responsáveis do sexo masculino pesquisados eram todos pais das crianças. Em relação à escolaridade, a maior parte dos entrevistados, 39,2%, possuía o 1º ciclo do ensino fundamental incompleto. Já, no que concerne o estado civil, 46,2% dos respondentes eram casados.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos cuidadores

Característica	UAPS-SF		UAPS- Tradicional		UAPS-PACS		Município	
	Freq. absol.	%	Freq. absol.	%	Freq. absol.	%	Freq. absol.	%
Total de Cuidadores	142	83,0	20	11,7	9	5,3	171	100,0
<i>Grau de parentesco</i>								
Mãe	117	82,4	14	70,0	7	77,8	138	80,7
Avo (a)	13	9,2	2	10,0	0	0,0	15	8,8
Pai	7	4,9	2	10,0	0	0,0	9	5,3
Tio (a)	4	2,8	0	0,0	1	11,1	5	2,9
Madrasta	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	0,6
Padrasto	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	0,6
Amigo (a)	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Irmão (a)	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	0,6
<i>Sexo</i>								
Feminino	135	95,1	17	85,0	9	100,0	161	94,2
Masculino	7	4,9	3	15,0	0	0,0	10	5,8
<i>Estado Civil</i>								
Casado	66	46,5	8	40,0	5	55,6	79	46,2
Solteiro	58	40,8	8	40,0	3	33,3	69	40,4
Divorciado	5	3,5	1	5,0	1	11,1	7	4,1
Desquitado	5	3,5	1	5,0	0	0,0	6	3,5
Viúvo	5	3,5	1	5,0	0	0,0	6	3,5
*Outros	2	1,4	1	5,0	0	0,0	3	1,8
União Estável	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6
<i>Cor ou Raça</i>								
Branco	62	43,7	13	65,0	4	44,4	79	46,2
Pardo	53	37,5	5	25,0	4	44,4	62	36,3
Preto	27	19,0	2	10,0	1	11,1	30	17,5
<i>Grau de escolaridade</i>								
Ensino Fundamental Incompleto	57	40,1	6	30,0	4	44,4	67	39,2
Ensino Fundamental Completo	13	9,2	2	10,0	0	0,0	15	8,8
Ensino Médio Incompleto	28	19,7	6	30,0	1	11,1	35	20,5
Ensino Médio Completo	41	28,9	5	25,0	4	44,4	50	29,2
Terceiro Grau Incompleto	2	1,4	0	0,0	0	0,0	2	1,2
Terceiro Grau Completo	1	0,7	1	5,0	0	0,0	2	1,2
<i>Faixa etária</i>								
18 a <20 anos	26	18,3	1	5,0	1	11,1	28	16,4
20 a < 30 anos	84	59,2	13	65,0	6	66,7	103	60,2
30 a < 40 anos	20	14,1	4	20,0	2	22,2	26	15,2
40 a < 50 anos	10	7,0	1	5,0	0	0,0	11	6,4
> 50 anos	2	1,4	1	5,0	0	0,0	3	1,8

Fonte: A autora

Legenda: *Outros: considerados indivíduos não enquadrados nas demais categorias da variável estado civil; Freq.: frequência; absol.: absoluta; SF: Saúde da Família; Trad.: tradicional; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Sobre a avaliação do cumprimento dos atributos da APS, nas UAPS estudadas, distribuídas nos diferentes modelos assistenciais de APS (Tabela 3), observa-se que apenas o componente Sistema de Informação do atributo Coordenação obteve resultados acima do parâmetro desejável ($\geq 6,6$) em 100% das unidades, com escore de 8,0 para o município (Tabela 4). O resultado pode ser explicado pelas respostas positivas dos cuidadores da disponibilidade, no momento de atendimento ao grupo infantil, tanto dos documentos correlacionados à saúde das crianças sob posse dos entrevistados (100%), como dos prontuários dessas crianças nas unidades (98,8%). Porém, a questão que procurou levantar a possibilidade dos usuários consultar tais prontuários, caso manifestassem interesse, obteve divergência de opiniões, com 44,4% de respostas desfavoráveis.

Em contrapartida, o atributo Orientação Comunitária e o componente Serviços Disponíveis do atributo Integralidade apresentaram resultados insatisfatórios ($< 6,6$) em 100% das UAPS. Sobre o atributo Orientação Comunitária o resultado obtido para o município foi inadequado, com valor de 3,4. Entre os aspectos que contribuíram para o baixo desempenho desse atributo, destacam-se a ausência de pesquisas que contemplem o levantamento dos problemas de saúde da comunidade (99,4%) e a falta de incentivo para participação/integração da comunidade no conselho local de saúde (82,5%), por parte dos profissionais ou do serviço de saúde. Por outro lado, os cuidadores reconheceram a realização efetiva de visitas domiciliares por parte de membros da equipe das UAPS (62%), com destaque para as desempenhadas pelos agentes comunitários de saúde.

No que se refere ao componente Serviços Disponíveis, o escore obtido para o município foi de 4,5, aquém do esperado ($\geq 6,6$). Dentre os serviços listados, somente as vacinas (imunizações) e o planejamento familiar (aquisição de métodos contraceptivos) foram identificados como mais obteníveis pelos entrevistados (99,4% e 90%, respectivamente). Por sua vez, os serviços menos disponíveis, segundo os cuidadores, foram: sutura que necessite de pontos (0,6%); identificação de problemas visuais (4,7%); recebimento pela família de benefício social (18,1%); participação em programa de suplementação alimentar (22,8%), aconselhamento e solicitação de teste antívirus da imunodeficiência humana (36,3%), e aconselhamento ou tratamento quanto ao uso de drogas (lícitas ou ilícitas) (33,9%).

Em relação ao atributo Grau de Afiliação, o escore foi insatisfatório em 57,9% das UAPS, com valor de 6,1 para o município. Tal achado foi influenciado

pelas respostas individuais dos cuidadores ao não identificarem, em 76% das entrevistas, o mesmo profissional ou serviço de saúde enquanto: referência para os cuidados de saúde da criança; conhecedor de diferentes aspectos de vida da criança além do processo saúde-doença, e maior responsável pelo atendimento da criança.

No que diz respeito ao atributo Acesso de Primeiro Contato, este é dividido em dois componentes de análise: Utilização e Acessibilidade. A Utilização obteve escore satisfatório somente em 21% das UAPS estudadas, com valor de 5,8 para o município. Esse achado foi resultado das respostas negativas dos cuidadores ao não perceberem o serviço de atenção básica como: prioritário para o atendimento de novas necessidades da criança, especialmente para demanda espontânea (51,2%), e porta de acesso para a atenção de média complexidade (74,3%). No entanto, para a demanda programada, atendimentos de acompanhamento, como por exemplo, a puericultura, os cuidadores apontaram a UAPS como unidade de referência (98,9%). A Acessibilidade, por sua vez, apresentou escores inadequados em 94,7% das UAPS, com valor de 4,9 para o município. Atribui-se a esse fato as opiniões desfavoráveis dos entrevistados que apontaram: não atendimento da demanda aguda no mesmo dia (54,4%); dificuldade para acesso ao atendimento médico (50,3%); ausência de orientação/atendimento por telefone (50,3%) e demora para atendimento superior a 30 minutos (83%).

Assim, como o componente Acessibilidade, o componente Serviços Prestados do atributo Integralidade obteve escores inadequados em 94,7% das UAPS, porém com escore de 4,4 para o município. Para este componente, apenas o item orientações para manter a criança saudável, do bloco de questões avaliativas, teve 79,5% de respostas positivas por parte dos entrevistados. As demais perguntas, vinculadas a segurança no lar, mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança e maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança apresentaram, respectivamente, 67,3%, 70,2%, 50,9% e 82,5% de respostas desfavoráveis.

Acerca do atributo Longitudinalidade, o estudo mostrou que apenas 31,6% das UAPS exibiram escores satisfatórios, com valor de 5,9 para o município. Tal resultado foi influenciado por aspectos avaliados pelos cuidadores de forma negativa, a saber: indisponibilidade do profissional de saúde para fornecer orientações por telefone (73,1%) e o desconhecimento do profissional do contexto

familiar no qual a criança está inserida (variação de 78,9% a 94,2%). Todavia, o baixo valor do escore foi parcialmente compensado por percepções positivas dos entrevistados relacionadas a: vinculação do profissional de saúde ou serviço com a criança (74,8%); comunicação efetiva entre cuidador e o profissional de saúde (100%); satisfação e confiança do usuário durante o atendimento à saúde da criança (91,8% e 97,7%, respectivamente); e, abordagem integral pelo profissional do processo saúde-doença da criança (variação de 69,6% a 77,8%).

Retomando ao atributo Coordenação, enquanto o componente Sistema de Informação foi a única dimensão avaliativa da APS que alcançou resultados acima do parâmetro desejável (≥ 6.6) em 100% das unidades, o segundo componente deste atributo, a Integração de Cuidados, apresentou escore insatisfatório em 68,4% das UAPS abordadas, com valor de 5,5 para o município. Assinala-se que o resultado em questão pode ser justificado pela percepção dos cuidadores de que o encaminhamento das crianças para especialidades médicas (processo de referência), na maioria das vezes (53,6%), não é fornecido pelas UAPS. Tal situação potencializou as respostas negativas dos entrevistados em relação a: ausência da realização da contrarreferência (42%); baixa qualidade desse processo (49,3%) e desconhecimento do profissional ou serviço de saúde sobre o histórico de consultas com especialistas pelas crianças (33,3%).

Por último, o atributo Orientação Familiar alcançou escores inadequados em 89,5% das UAPS, com valor de 5,3 para o conjunto das unidades. Tal resultado foi influenciado pelas respostas individuais dessa dimensão de análise, onde 73,1% dos cuidadores não identificaram participação própria na escolha do tratamento e cuidado de suas crianças, mas, 77,8% referiram acreditar que o profissional de saúde reuniria com outros membros da família, caso considerassem necessário.

Ao observar-se isoladamente os escores obtidos para cada atributo, destaca-se a variabilidade dos valores apresentados por UAPS, independente da tipologia da unidade, com uma amplitude significativa entre os resultados máximo e mínimo. Para exemplificar, destacamos os resultados em relação ao atributo Grau de Afiliação e o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato, por considerar aspectos prioritários na organização da APS.

O atributo Grau de Afiliação obteve menores escores nas UAPS - SF de Nossa Senhora Aparecida (4,1), UAPS – SF de Linhares (4,2) e UAPS- PACS de São Pedro (4,4). Enquanto que os maiores escores obtidos foram na UAPS-SF

Santa Cândida (8,9), UAPS-SF Teixeiras (8,1) e UAPS-tradicional Nossa Senhora das Graças (8,1). Já, o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato, apresentou piores escores nas UAPS-SF Jardim Natal (3,8), UAPS-SF Santa Luzia (4,7) e UAPS-SF Jôquei Clube (4,7) e os melhores nas UAPS-SF Santa Cândida (7,5), UAPS-SF Marumbi (7,2) e UAPS-SF Vila Esperança (6,8).

Tal variabilidade de resultados interferiu diretamente na avaliação global do escore Essencial da APS - EEAPS (obtido pela somatória da pontuação dos atributos essenciais/número de atributos essenciais definidos) e do escore Geral da APS - EGAPS (obtido pela somatória da pontuação dos atributos essenciais + derivados/número de atributos essenciais e derivados definidos), tanto em relação a cada UAPS, como para os grupos estratificados por modelo de UAPS, como para a avaliação da APS no município.

Apenas três unidades de SF atingiram escore EEAPS adequados (≥ 6.6), destacando Santa Cândida, Marumbi e São Judas Tadeu, com valores de 6,8, 6,8 e 6,9 respectivamente. Já para o escore EGAPS somente uma unidade de SF teve escore satisfatório, a de São Judas Tadeu (6,7).

A UAPS melhor avaliada, no que se refere aos atributos isolados da APS, foi a UAPS-SF Santa Cândida, com sete escores acima do valor de 6,6, apesar de não obter resultados satisfatórios para os escores EEAPS e EGAPS. E, a UAPS – SF de Linhares apresentou os menores resultados, entre as UAPS estudadas, tanto em relação à avaliação isolada dos atributos (quatro atributos com os menores escores, sendo sete entre o ranking dos três piores), tendo como consequência os piores resultados dos EEAPS e EGAPS.

A Tabela 3, a seguir, apresenta os resultados dos escores por atributo, Essencial e Geral da APS ordenados por tipo de UAPS.

Tabela 3. Escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde, Escore Essencial da Atenção Primária e Escore Geral da Atenção Primária nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, estudadas

UAPS	Grau de Afiliação	Utilização Acesso de 1º Contato	Acessibilidade Acesso de 1º Contato	Longitudinalidade	Integração de Cuidados Coordenação	Sistema de Informação Coordenação	Serviços Disponíveis Integralidade	Serviços Prestados Integralidade	Orientação-Familiar	Orientação-Comunitária	EEAPS	EGAPS
Vila Esperança	5,9	6,8	3,7	5,3	4,0	8,0	2,8	4,2	5,6	3,3	5,3	5,1
Vila Ideal	4,8	6,0	4,0	4,7	6,2	7,0	3,0	2,9	4,1	3,3	4,7	4,5
Jóquei Clube	6,3	4,7	5,7	6,5	9,3	9,3	5,3	5,6	6,4	3,6	6,3	6,1
Na. Sra. Aparecida	4,1	5,2	5,2	5,2	3,8	8,6	5,1	5,7	6,4	4,1	5,6	5,7
Santa Cândida	8,9	7,5	6,4	7,0	9,0	8,6	5,8	3,1	5,2	2,7	6,8	6,0
Santo Antônio	7,4	6,0	5,2	6,4	4,4	8,5	5,2	3,8	6,8	4,5	6,1	5,9
Santa Luzia	4,8	4,7	3,8	5,4	6,9	8,3	5,0	4,4	5,1	3,0	5,5	5,3
Jardim Natal	4,4	3,8	2,7	4,8	4,2	8,4	4,9	5,2	4,8	3,1	4,9	4,8
São Judas Tadeu	7,0	6,3	6,4	8,2	6,0	8,9	5,4	5,1	8,3	5,1	6,8	6,7
Santa Cecília	7,5	6,4	5,6	6,5	8,2	8,3	3,1	3,1	4,9	5,1	6,2	6,0
Teixeiras	8,1	6,2	5,2	6,9	7,7	7,9	4,7	4,7	6,3	3,7	6,3	5,9
Milho Branco	6,3	5,1	4,0	5,8	2,8	7,2	3,4	3,4	4,9	4,7	5,1	5,0
Bandeirantes	4,8	5,8	3,3	4,9	4,7	7,3	5,9	5,9	5,3	4,2	5,3	5,2
Linhares	4,2	5,0	1,9	3,8	0,7	7,2	1,5	1,5	3,1	2,9	3,8	3,6
Esplanada	7,0	6,7	6,7	6,8	7,1	8,5	5,0	5,0	4,8	1,9	6,4	5,8
Marumbi	7,0	7,2	6,4	7,0	5,3	8,0	7,3	7,3	6,4	3,4	6,9	6,4
Na. Sra. das Graças	8,1	5,6	6,4	6,6	4,9	7,7	5,3	5,3	5,7	2,8	6,3	5,7
Centro Sul	4,8	5,6	4,6	5,5	5,6	7,4	3,7	3,7	2,8	1,0	5,1	4,3
São Pedro	4,4	5,4	4,6	5,2	4,5	6,8	5,0	4,0	3,0	4,5	5,0	4,5
Município	6,1	5,8	4,9	5,9	5,5	8,0	4,5	4,4	5,3	3,4	5,7	5,4

Fonte: A Autora

Legenda: – UAPS- SF; – UAPS-Tradicional; – UAPS-PACS; – Município;

EEAPS: Escore Essencial da Atenção Primária;
EGAPS: Escore Geral da Atenção Primária nas Unidades de Atenção Primária em Saúde

Considerando-se os grupos estratificados por modelo de APS e as médias dos escores obtidos por atributo da APS foi possível identificar, conforme Tabela 4, que os resultados, em sua maioria, foram insatisfatórios (< 6,6) nos três tipos de UAPS. O componente Sistema de Informação, do atributo Coordenação, permaneceu com os melhores escores para o município (8,0) e para os diferentes tipos de UAPS (8,1 para as UAPS-SF; 7,5 para as UAPS-tradicional e 6,8 para as UAPS-PACS). Já, o atributo Orientação Comunitária obteve os piores escores médios para o município (3,4) e para os serviços (3,7 para UAPS-SF; 1,8 para UAPS-tradicional e 2,2 para UAPS-PACS).

Foi possível observar a melhor presença e extensão da maioria dos atributos da APS nas UAPS-SF, a saber: Utilização-Acesso de Primeiro Contato (5,8), Sistema de Informação-Coordenação (8,1), Integração de Cuidados-Coordenação (5,5), Serviços Disponíveis-Integralidade (4,6), Serviços Ofertados-Integralidade (4,5), Orientação Familiar (5,5) e Orientação Comunitária (3,7). Somente, em relação ao atributo Longitudinalidade, as UAPS- tradicional obtiveram média igual a das UAPS-SF (6,0). Já em relação ao atributo Acessibilidade-Acesso de Primeiro Contato, as UAPS-PACS alcançaram resultado similar aos das UAPS-SF (4,6). Quanto aos atributos Grau de Afiliação e Acessibilidade-Acesso de Primeiro Contato, as UAPS-SF apresentaram valores inferiores (6,2 e 5,8, respectivamente) aos encontrados nas UAPS – tradicional (6,5 e 6,0, na devida ordem).

A seguir apresentamos a Tabela 4 com os dados referentes aos resultados comentados.

Tabela 4. Média dos Escores dos atributos da Atenção Primária em Saúde em relação aos grupos estratificados por tipo de Unidade de Atenção Primária em Saúde e ao município de Juiz de Fora-MG

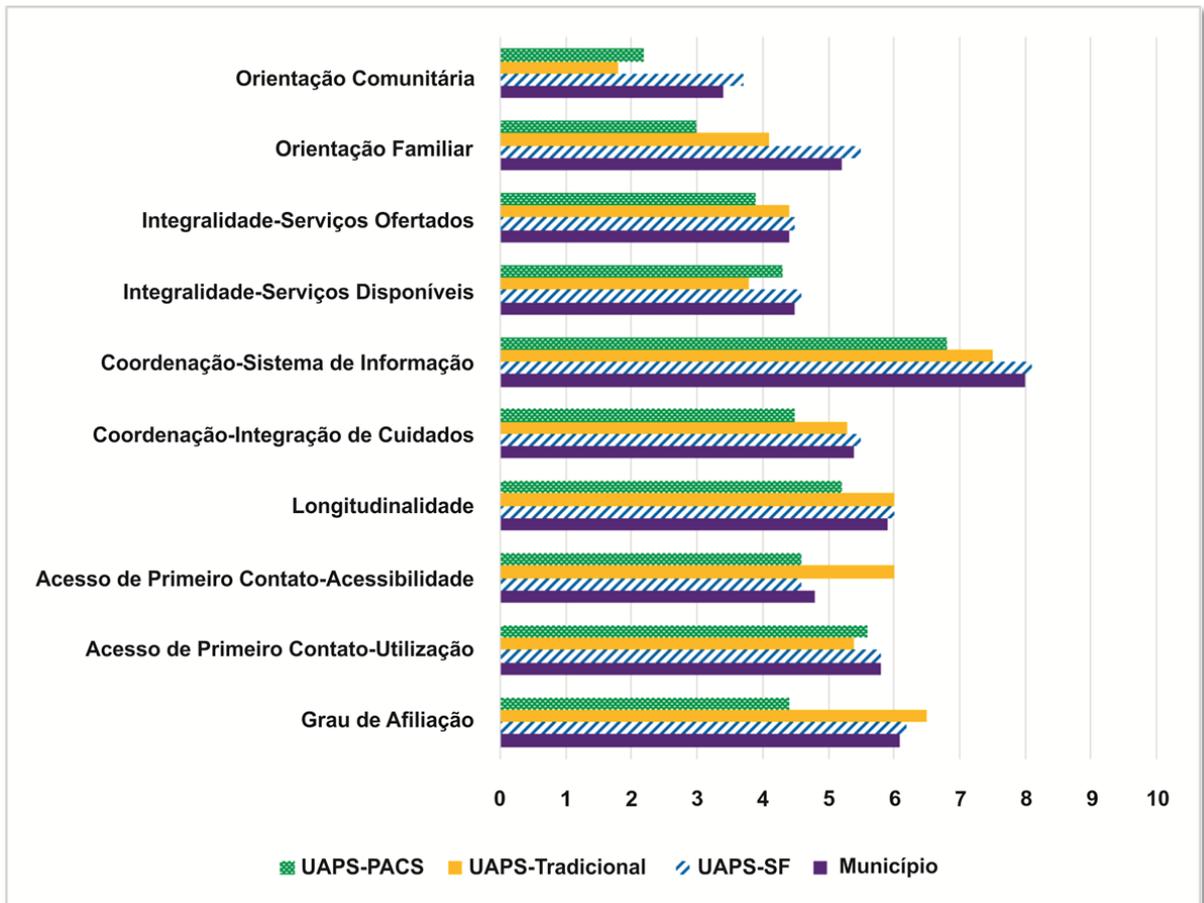
Atributos	UAPS-SF		UAPS Tradicional		UAPS-PACS		Município	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Grau de Afiliação	6,2	2,9160	6,5	3,6633	4,4	3,3321	6,1	3,0402
Utilização-Acesso de 1º Contato	5,8	2,0459	5,4	2,1600	5,6	2,2883	5,8	2,0630
Acessibilidade Acesso de 1º Contato	4,6	2,2726	6,0	2,1088	4,6	2,1477	4,8	2,2771
Longitudinalidade	6,0	1,8029	6,0	1,4567	5,2	1,6186	5,9	1,7577
Integração de Cuidados Coordenação	5,5	3,9180	5,3	4,3024	4,5	4,1731	5,4	3,9488
Sistema de Informação Coordenação	8,1	1,2178	7,5	1,5663	6,8	0,8677	8,0	1,2893
Serviços Disponíveis Integralidade	4,6	1,5314	3,8	1,1293	4,3	1,3468	4,5	1,4967
Serviços Prestados Integralidade	4,5	3,0125	4,4	3,1217	3,9	3,2218	4,4	3,0198
Orientação Familiar	5,5	2,6702	4,1	2,7697	3,0	2,2883	5,2	2,7427
Orientação Comunitária	3,7	1,9155	1,8	1,4633	2,2	1,6644	3,4	1,9647

Fonte: A autora

Para melhor visualização do comportamento das médias dos escores por atributos da APS entre os três grupos de estratificação por modelo de UAPS

apresentamos a seguir o Gráfico 1, onde se pode evidenciar o melhor desempenho das UPAS-SF.

Gráfico 1. Escores médios dos atributos da Atenção Primária em Saúde nos três grupos de estratificação de Unidade de Atenção Primária em Saúde do município de Juiz de Fora-MG



Fonte: A autora

Em relação aos escores EEAPS e EGAPS obtidos, conforme demonstrado na Tabela 5, o município obteve valores baixos, 5,7 (DP = 1,5) e de 5,4 (DP = 1,4), respectivamente. Já para os grupos estratificados por modelo de UAPS (5,7 e 5,6 para as UAPS-SF; 5,6 e 5,0 para as UAPS-tradicional e 5,0 e 4,5 para as UAPS-PACS).

Tabela 5. Escores Essencial e Geral da Atenção Primária em Saúde (EEAPS e EGAPS) por grupos de estratificação de Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Juiz de Fora-MG

Escores	UAPS-SF		UAPS-Tradicional		UAPS-PACS		Município	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
EEAPS	5,7	1,3651	5,6	1,7610	5,0	1,5851	5,7	1,428
EGAPS	5,5	1,2989	5,0	1,6421	4,5	1,5081	5,4	1,37

Fonte: A autora

Legenda: UAPS-SF: Unidade de Atenção Primária em Saúde- Saúde da Família; DP: Desvio Padrão; UAPS-PACS: Unidade de Atenção Primária em Saúde-Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Nos resultados do teste de hipótese, como observado na Tabela 6, apontaram que em relação aos atributos Coordenação-Sistema de Informação ($p = 0,001$); Integralidade-Serviços Disponíveis ($p = 0,028$), Orientação Familiar ($p = 0,002$) e Orientação Comunitária ($p = 0,000$) as UAPS-SF apresentaram médias de 8,1; 4,6; 5,5 e 3,7, respectivamente, valores superiores aos encontrados nas UAPS-Tradicional/PACS.

Tabela 6. Teste de hipóteses: Teste não paramétrico para comparação da ordenação das médias dos postos dos escores nos grupos de UAPS-SF e UAPS-PACS/Tradicional

Atributos APS	UAPS-SF		UAPS Trad./PACS		Valor de p^*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Grau de Afiliação	6,2	6,7	5,9	6,7	0,888
Acesso de Primeiro Contato-Utilização	5,8	5,6	5,5	5,6	0,354
Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade	4,6	4,4	5,5	5,6	0,081
Longitudinalidade	6,0	6,2	5,7	6,0	0,424
Coordenação-Integração de Cuidados	5,5	6,7	5,1	6,7	0,746
Coordenação-Sistema de Informação	8,1	7,8	7,2	7,8	0,001**
Integralidade-Serviços Disponíveis	4,6	4,4	4,0	4,1	0,028**
Integralidade-Serviços Prestados	4,5	4,0	4,3	4,0	0,757
Orientação-Familiar	5,5	5,6	3,8	3,3	0,002**
Orientação-Comunitária	3,7	4,2	1,9	1,7	0,000**

Fonte: A autora

Legenda: *Valor de p calculado pelo teste de Mann Whitney

**Valor de $p < 0,05$

6 DISCUSSÃO

A população do presente estudo foi composta por crianças menores de cinco anos cuja idade média foi de 19,5 meses (DP = 17,76) com uma prevalência de 54,4% para menores de um ano. A maioria era do sexo feminino (51,5%) e de cor branca (50,7%).

Acerca dos cuidadores pesquisados, 94,2% era do sexo feminino, com predomínio de mães (80,7%), características similares a outros estudos avaliativos da APS com foco na Atenção à Saúde da Criança (ARAÚJO, 2013; HARZHEIM, 2004; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; MARQUES et al., 2014; OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, 2012). Somente 5,3% dos responsáveis eram homens, sendo a totalidade pais, achado similar ao trabalho de V. B. C. A. Oliveira e Veríssimo (2012). Em segundo lugar ficaram as avós, com 8,8%, fato também percebido por Araújo (2013), Luz, Araújo e Mesquita Filho (2012) e V. B. C. A. Oliveira e Veríssimo (2012). A faixa etária hegemônica dos cuidadores foi entre 20 e 29 anos (60,2%), com idade média estimada em 26,5 anos (DP = 7,90). No que concerne ao nível de escolaridade, houve maior concentração no ensino fundamental incompleto (39,2%), dado visualizado da mesma forma por Marquese outros (2014). Ainda, como na pesquisa de Luz, Araújo e Mesquita Filho (2012) foi prevalente a presença de respondentes casados (46,2%) e de cor branca (46,2%).

A avaliação da Saúde da Criança no âmbito da APS, realizada nesse estudo, permitiu analisar o contexto da assistência a este grupo prioritário no município de Juiz de Fora. Tomou as UPAS localizadas na região urbana, que correspondem a 74,6% da rede de Atenção Básica, responsável por uma cobertura de 60,9% da população infantil do município de menores de cinco anos (total de 1.754 crianças).

Ao analisar os atributos da APS, no conjunto das UAPS pesquisadas, destacam-se os baixos valores dos escores obtidos na maioria dos atributos (<6,6), achado também encontrado nos trabalhos de Braz (2012), Leão, Caldeira e Oliveira (2011) e Luz, Araújo e Mesquita Filho (2012).

Excetua-se nesse contexto, o componente Sistema de Informação do atributo Coordenação que apresentou escores satisfatórios ($\geq 6,6$) em 100% das UAPS, com escore de 8,0 para o município, valor semelhante ao encontrado em

estudos realizados em diferentes localidades, como Ribeirão Preto-SP e Vitória da Conquista- BA (BRAZ, 2012; FURTADO et al., 2013).

Os resultados satisfatórios confirmam a prática incorporada pelos usuários/cuidadores em levar consigo, no momento da procura por atendimento, os registros acerca da saúde de suas crianças (100%), com destaque ao Cartão da Criança. Tal documento é considerado, pelo MS, o principal registro de acompanhamento para a atenção à saúde do grupo infantil. Também, pode-se evidenciar que 98,8% dos entrevistados reconhecem que os prontuários das crianças, estão disponíveis no momento da consulta, no entanto, em relação ao acesso às informações contidas neste documento houve divergências de opinião o que fez o percentual cair (44,4%).

É importante destacar que as equipes das UAPS preocupam-se em dispor das informações sobre a saúde da população pediátrica, o que pode ser percebido, por exemplo, pela presença do cartão espelho vacinal da criança nos serviços. Por outro lado o direito à informação sobre saúde enquanto uma das diretrizes do SUS parece não ser ainda uma prática reconhecida pelo usuário.

Starfield (2002) expõe que ter informações sobre a população atendida subsidia o planejamento de saúde, as quais devem ser geradas nos diferentes pontos da rede assistencial. No entanto, não basta a informação é preciso ter conduta de uso para que as mesmas possam interferir nos resultados dos indicadores de saúde da população, especialmente a infantil. Todavia, é importante ressaltar que no presente estudo não houve nenhuma forma de análise ou avaliação da qualidade dos documentos mencionados.

Em relação ao atributo Grau de Afiliação a maioria das UAPS (57,9%) alcançaram escore insatisfatório (< 6,6). Esses achados podem ser compreendidos por duas situações identificadas no conjunto das respostas:

- A busca inicial dos cuidadores, por cuidados à saúde da criança, em níveis de atenção de maior complexidade em detrimento a APS, foi favorecida pela localização de algumas UAPS, próximas a serviços especializados e de pronto-atendimento. Como exemplos, as UAPS-SF de Santa Luzia e UAPS-tradicional Centro Sul, com escore médio de 4,8 para ambas, e a UAPS-PACS São Pedro com escore de 4,4. Essa situação é explicada por De Maeseneer e outros (2008), complementado por Mello, Fontanella e Demarzo (2009), ao revelarem que o público, em

geral, é culturalmente guiado pelo "desejo de consumo" em direção às realizações de maior concentração tecnológica, com valorização das especialidades médicas, associadas à concepção de baixa qualificação dos profissionais no campo da atenção básica.

- Os cuidadores reconhecem a APS como principal porta de entrada aos serviços de saúde apesar de não identificarem o mesmo profissional como referência aos cuidados da criança. O que pode ser compreendido pelo contexto identificado no momento da pesquisa de campo em relação a rotatividade dos recursos humanos nas equipes, especialmente dos médicos. Tal fato, fez com que os entrevistados identificassem nomes variados de profissionais de saúde que conhecem as necessidades de suas crianças. Outras consequências podem ser destacadas: fragilidade do vínculo junto à comunidade, o que compromete a continuidade da atenção e resulta, muitas vezes, no encaminhando das crianças a outros serviços e a baixa qualificação dos profissionais na área da atenção básica, pois com a cessação dos contratos empregatícios há o comprometimento dos processos de educação continuada/permanente.

Outro aspecto a destacar foi a escassez ou a nulidade de menção de outros profissionais da equipe de saúde, como o enfermeiro, enquanto referência à atenção à saúde da criança. Essa visão demonstra a perpetuação da centralização da assistência à saúde na figura médica, em contradição às mudanças no campo assistencial da Política Nacional de Atenção Básica e da Saúde da Família, que preconizam, em sua concepção, a abordagem integral de saúde por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2006c).

Já, o atributo Acesso de Primeiro Contato para o componente Utilização obteve escore (5,35) insatisfatório, achado similar ao encontrado por Luz, Araújo e Mesquita Filho (2012). Esse resultado pode ser explicado pela percepção dicotômica dos cuidadores ao não identificarem a UAPS como serviço prioritário para a demanda espontânea/aguda (51,2%), mas reconhecem a UAPS como porta de acesso para a demanda programada, unidade de referência para realização de atendimentos de acompanhamento, por exemplo, puericultura (98,9%). Destaca-se que houve variação no valor dos escores entre as UAPS, não associado ao tipo de modelo de APS. No entanto, pode-se inferir que a composição completa da equipe,

bem como a presença do profissional médico interferiu na pontuação entre o pior e o melhor escore.

O segundo componente, a Acessibilidade, exibiu escore de 4,9 para as UAPS, resultado inferior ao do componente Utilização, corroborado por estudos semelhantes (ARAÚJO, 2013; BRAZ, 2012; HARZHEIM, 2004; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; LUZ; ARAÚJO; MESQUITA FILHO, 2012; MARQUES et al., 2014; OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, 2012). Tal resultado pode ser sido influenciado pela percepção dos entrevistados acerca de determinadas deficiências da APS para o atendimento a demanda aguda (54,4%), com destaque para o atendimento médico (50,3%) e a demora para o atendimento superior a 30 minutos (83%). Os problemas que envolvem o atendimento da demanda espontânea foram amplamente discutidos na última Conferência Nacional de Saúde em 2013. Tal preocupação remete a um problema nacional no âmbito da atenção básica do SUS, o que levou a definição de algumas estratégias com vistas a ampliação da resolutividade da atenção básica, como: a organização adequada do atendimento dos usuários, a identificação dos casos prioritários (instituição de um protocolo de classificação de risco), o diagnóstico das vulnerabilidades à saúde da população e o estabelecimento do trabalho em equipe (BRASIL, 2013a).

A Acessibilidade como um dos elementos estruturais da APS, quando não efetiva, pode impactar negativamente no funcionamento do serviço e, dessa forma, influenciar no desempenho dos demais atributos (KOVACS et al., 2005).

A presença e a extensão inadequadas para o atributo Acesso de Primeiro Contato foram achados também encontrados no estudo de V. B. C. A. Oliveira e Veríssimo (2012) e correlacionados, por essas autoras à ausência da regulação e integração dos serviços de saúde pela APS.

No que diz respeito ao atributo da Longitudinalidade o valor do escore obtido pelo conjunto das UAPS foi de 5,9 e, conseqüentemente, percebido como uma fragilidade da APS, aspecto corroborado nas pesquisas de Araújo (2013), Marques e outros (2014) e V. B. C. A. Oliveira e Veríssimo (2012). Infere-se que, de acordo com as respostas individuais dos cuidadores, há uma percepção diferenciada em relação aos itens do atributo que avaliam a relação entre a população e a UAPS. Assim, destaca-se que a maioria dos entrevistados apontou o desconhecimento dos profissionais de saúde em relação aos diferentes aspectos do contexto familiar na qual a criança está inserida (variação de 78,9% a 94,2%). Por outro lado, esses

mesmos indivíduos referiram satisfação e confiança com o serviço, durante o atendimento à saúde da criança (91,8% e 97,7%, respectivamente), e reconhecimento da comunicação efetiva entre cuidador e o profissional de saúde (100%). Tais resultados remetem a reflexão de que a abordagem do cuidado pelos profissionais permanece mais orientada para uma visão individual do que para a integral, a qual deve considerar o contexto coletivo que neste caso, é o núcleo familiar.

Na sequência, o atributo Coordenação entendido como continuidade e integralidade do cuidado à saúde, de forma que a APS seja a porta de entrada ao sistema de saúde e a fonte reguladora dos usuários na rede de serviços. O atributo em questão pode ser desempenhado por profissionais e equipes de saúde ou por meio de acompanhamento dos dados de saúde dos indivíduos nos sistemas de informação, como prontuários e outros registros (BRASIL, 2010a). No instrumento de coleta, tal atributo possui dois componentes, um direcionado para o Sistema de Informação (reportado anteriormente) e o outro para a Integração de Cuidados.

No que tange ao componente Integração de Cuidados, este busca identificar a associação das ações promovidas no âmbito da APS às atividades desempenhadas nos serviços de atendimento especializado ou de apoio diagnóstico e terapêutico, ou seja, a ideia de organização em rede de serviços a qual é operacionalizada pelo mecanismo da referência. Assinala-se que o resultado para esse componente foi insatisfatório, justificado pelo entendimento de 53,6% dos cuidadores de que o processo de referência para especialidades médicas não ocorre a partir das UAPS. Tal compreensão vai contra a normatização da SMS-JF, que regula o fluxo de encaminhamento como responsabilidade da APS (JUIZ DE FORA, 2010). Em consequência, os demais aspectos que avaliam o componente em questão também obtiveram respostas negativas.

O atributo Integralidade, por sua vez, exige que o serviço identifique e compreenda, de forma adequada, a variedade e a complexidade das necessidades de saúde da população, seja de natureza orgânica, funcional ou social, a fim de disponibilizar os melhores recursos para atendê-las (HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET, 2004). Esse atributo é fracionado no PCATool em dois componentes: Serviços Disponíveis e Serviços Prestados (BRASIL, 2010a).

Para a avaliação do componente Serviços Disponíveis, o instrumento procura levantar a experiência do cuidador ao identificar ações ofertadas pela APS e

não necessariamente do cuidado à criança, em relação a disponibilidade, oferta ou execução de determinados procedimentos, ações e orientações, considerados prioritários, no âmbito da APS (BRASIL, 2010a). O escore para esse componente foi também insatisfatório para a APS do município. No conjunto de serviços elencados, somente as vacinas e o planejamento familiar foram considerados obtíveis pelos entrevistados (99,4% e 90%, respectivamente). E, entre os serviços menos disponíveis, destaque para o baixo aconselhamento e solicitação de teste antívirus da imunodeficiência humana (36,3%). Tal resultado é impactante frente a situação epidemiológica da doença (síndrome da imunodeficiência humana) ocasionada por esse vírus no município: 3,245 doentes/100.000 habitantes em 2010 (BRASIL, 2011d). Da mesma forma, acentua-se que somente 33,9% dos entrevistados receberam o aconselhamento ou tratamento quanto ao uso de drogas (lícitas ou ilícitas). Esse último aspecto gera apreensão, no sentido de que a dependência química é uma doença reconhecida pela OMS e configura um grave problema social e de saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). A escassez de disponibilidade para tais serviços tem reflexos diretamente na atenção à Saúde da Criança uma vez que remete a gestações de alto risco e por consequente a crianças de maior vulnerabilidade.

Dessa maneira, registra-se a necessidade de melhorar a capacidade resolutive dos serviços de saúde no que se refere a garantia de insumos e equipamentos necessários para o manejo de tais condições, hoje emergentes e de grande impacto na saúde das famílias e da comunidade, ampliando assim o escopo de atuação das UAPS. Também, considera-se relevante a qualificação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento pleno de tais ações.

Em relação ao componente Serviços Prestados, este foca na identificação de determinadas condutas do profissional na avaliação da saúde do grupo infantil (BRASIL, 2010a). O valor médio alcançado para a APS do município foi de 4,5, mais uma vez insatisfatório. Neste componente, o único item identificado pelos cuidadores como frequentemente presente durante o atendimento pediátrico foi orientações para manter a criança saudável (79,5%). Evidencia-se que as orientações relacionadas à segurança no lar apresentou 67,3% de respostas desfavoráveis, assunto que supostamente deveria ser usualmente contemplado durante qualquer tipo de atendimento infantil, especialmente por existir uma política pública desde 2001 que aborda esses e outros aspectos, além da permanência de elevados

índices de acidentes com esse grupo populacional (BRASIL, 2001). Dados recentes revelam que no município, o maior hospital filantrópico conveniado ao SUS realizada, em média, 40 atendimentos mensais infantis envolvendo acidentes domésticos e em hospital da rede privada cerca de 30 casos por mês. Infelizmente, há uma subnotificação dos números de acidentes, pois as ocorrências encaminhadas para a rede pública de saúde não são registradas em um sistema de informação específico (ARBEX, 2012).

Como os dois componentes da Integralidade obtiveram escores baixos para a APS no município, pressupõe-se uma perpetuação do modelo de atenção curativista em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde. É proposto que a APS no âmbito do SUS, em especial a SF promova a articulação entre a clínica e as ações preventivas e de promoção da saúde, diretriz preconizada pelo SUS (BRASIL, 2006c). O mesmo foi percebido em outras localidades, onde a APS foi avaliada, no âmbito da Atenção à Saúde da Criança, a saber: Pouso Alegre-MG e Distrito Federal (ARAÚJO, 2013; LUZ; ARAÚJO; MESQUITA FILHO, 2012).

No tocante ao atributo Orientação Familiar, o instrumento busca identificar e mensurar se o cuidador tem participação na escolha do tratamento/cuidado da criança; se o profissional de saúde de referência utiliza a abordagem integral no manejo de saúde e doença da criança, com ênfase no levantamento do histórico familiar de doenças e problemas relevantes, e se esse contribui para a participação da família no manejo do processo de saúde e doença da criança (BRASIL, 2010a). O resultado deste atributo foi novamente, inferior ao mínimo exigido e em consonância aos resultados de trabalhos afins (BRAZ, 2012; HARZHEIM, 2004; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; LUZ; ARAÚJO; MESQUITA FILHO, 2012; MARQUES et al., 2014; OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, 2012). No nosso entendimento, há de se ter uma preocupação, pois apesar SF ser a estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente, mantendo as características normativas da APS e em conformidade aos princípios do SUS, ainda é precário o interesse dos serviços em relação à situação familiar, especialmente da população infantil. Infere-se que a família compõe um importante aspecto a ser considerado no manejo do processo de saúde e doença de qualquer indivíduo numa perspectiva de integralidade. Em relação ao atributo Orientação Comunitária é analisado de forma a identificar: realização de visitas domiciliares; conhecimento os principais problemas de saúde da área em que o entrevistado reside; realização de pesquisas sobre

problemas de saúde da população sob responsabilidade e, se existe incentivo para a participação e a integração da comunidade no Conselho Local de Saúde (BRASIL, 2010a). O escore para a APS no município foi de apenas 3,4, pior escore encontrado entre os atributos avaliados.

Outros estudos realizados no Brasil têm revelado que o enfoque comunitário ainda não foi incorporado na assistência integral à saúde da criança (BRAZ, 2012; HARZHEIM, 2004; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; LUZ; ARAÚJO; MESQUITA FILHO, 2012; MARQUES et al., 2014).

Os escores Essencial e Geral da APS para o município foram 5,7 (DP = 1,43) e 5,4 (DP = 1,37), respectivamente, desempenho qualificado como insatisfatório. Tal resultado é semelhante ao verificado em um estudo realizado na cidade de Pouso Alegre-MG (LUZ; ARAÚJO; MESQUITA FILHO, 2012).

Quando observados os escores dos atributos obtidos por cada UAPS, acentua-se a variabilidade dos valores apresentados, independente da tipologia da unidade, com uma amplitude significativa entre os resultados máximo e mínimo. Dessa maneira, infere-se que tal variabilidade de resultados contribuiu para que os baixos valores, obtidos por algumas unidades para determinados atributos, reduzissem proporcionalmente a avaliação global, no que concerne ao EEAPS e ao EGAPS, de cada UAPS, de cada grupo estratificado por tipo de UAPS e, conseqüentemente, da APS no município.

A melhor UAPS avaliada, no que se refere aos atributos isolados da APS, foi a UAPS-SF Santa Cândida, com sete escores acima do valor de 6,6, apesar de não obter resultados satisfatórios para os escores EEAPS e EGAPS. Enquanto, a pior UAPS avaliada foi a UAPS-SF-Linhares, a qual apresentou os menores resultados, tanto em relação a avaliação isolada dos atributos (quatro atributos com os menores escores, sendo sete entre o ranking dos três piores) como para os EEAPS e EGAPS. Pode-se inferir que os baixos escores de tal unidade pode ser atribuído a ausência de profissional médico em uma das áreas adscrita e a estrutura física precária. Outro aspecto que chamou atenção durante o trabalho de campo e que acreditamos ter influenciado nos resultados negativos foi a existência de estruturas que distanciam a relação entre profissionais e usuário, como a presença de grades e outros dispositivos de segurança nas janelas e portas de acesso às salas de atendimento. Os fatores de segurança identificados são justificáveis pela proximidade de uma penitenciária às instalações da unidade.

Destaca-se que foi observada uma concentração de escores insatisfatórios por atributos nas UAPS-SF. Acerca desse aspecto, pondera-se que a amostra de crianças selecionada foi concentrada em áreas cobertas pela SF, o que pode ser explicado pela orientação majoritária da rede de atenção básica do município pela estratégia de SF (51,7% de UAPS-SF).

Na avaliação comparativa nos grupos estratificados por modelo de APS, no que se refere as médias dos escores por atributos da APS, percebeu-se que as UAPS-SF apresentaram melhor presença e extensão para a maioria dos atributos, mesmo sendo o valor dos escores inferior ao satisfatório. Somente, em relação ao atributo Longitudinalidade, as UAPS-tradicional obtiveram média igual a das UAPS-SF (6,0) e, no que se refere ao atributo Acessibilidade-Acesso de Primeiro Contato, as UAPS-PACS alcançaram resultado similar aos das UAPS-SF (4,6). No entanto, quanto aos atributos Grau de Afiliação e Acessibilidade-Acesso de Primeiro Contato, as UAPS-SF apresentaram valores inferiores (6,2 e 5,8, respectivamente) aos encontrados nas UAPS – tradicional (6,5 e 6,0, na devida ordem).

Todavia, como a distribuição dos escores não foi normal, a realização de testes de hipóteses envolvendo as médias dos escores foi impossibilitada. Assim, a análise de tais resultados deve ser feita com cautela, pois não possuem significância do ponto de vista estatístico. Apesar de tal ponderação, considerou-se importante a apresentação de tais resultados uma vez que, estudos avaliativos da APS, com foco na atenção à saúde infantil, compararam as médias dos escores obtidas por atributos para cada tipo de UAPS. Enquanto resultados, tais estudos obtiveram melhores pontuações para a maioria ou totalidade dos atributos no âmbito da SF (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, 2012).

No que concerne a realização do teste de hipóteses, envolvendo a comparação da ordenação das médias dos postos dos escores dos grupos categorizados em UAPS-SF e UAPS – tradicional/PACS, os resultados permitiram identificar que a SF é o melhor modelo de UAPS para o cumprimento dos atributos Coordenação-Sistema de Informação; Integralidade-Serviços Disponíveis, Orientação Familiar e Orientação Comunitária, com médias de 8,1; 4,6, 5,5 e 3,7, respectivamente.

Contudo, destaca-se que apesar das UAPS-SF comporem o cenário mais adequado para o cumprimento de tais atributos, não asseguram a integralidade das ações e recomendações do MS para a atenção à saúde da criança, já que os

escores obtidos para a maioria dos atributos nessas unidades foram inadequados ($\geq 6,6$).

Infere-se que o resultado insatisfatório da avaliação do conjunto dos atributos da APS no município estudado pode ter sido em muito influenciada pelo período em que a coleta de dados foi realizada, contexto marcado pelo término de contratos de trabalho de vários profissionais das equipes das UAPS, sem reposição ou com reposição parcial até o fim dessa etapa da pesquisa. Obviamente, o déficit de recursos humanos nos serviços compõe uma limitação, importante fragilidade, para o funcionamento adequado das unidades e conseqüentemente para a qualidade assistencial. Tal fragilidade nas equipes das UAPS reflete negativamente em outras estratégias de fortalecimento da APS, como no processo de educação permanente, no estabelecimento de vínculo com a população, no estímulo da organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, entre outros.

Enquanto limitações da pesquisa expõe-se que por se tratar de um estudo transversal, os resultados apresentados não estão livres da causalidade reversa (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999). Além disso, foi apresentada somente a perspectiva dos usuários acerca da avaliação da APS, visão essa considerada necessária para a condução adequada de um serviço de qualidade, mas não suficiente para a integralidade da análise do desempenho desse nível de atenção. Ainda, a percepção do cuidador pode se apresentar de forma mais crítica em relação às dos demais atores sociais, o que pode ter contribuído para a exacerbação dos aspectos negativos do objeto de análise (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Ademais, a coleta foi realizada nas UAPS, no momento de atendimento da criança, fato que pode ter resultado em uma amostra tendenciosa ao não incluir outros indivíduos que não utilizam a unidade como fonte regular de cuidados em saúde por motivos diversos, como, por exemplo, insatisfação com o serviço em questão em um contato anterior à data do estudo. Também, como este trabalho foi realizado em município de médio porte, situado na região Sudeste do país, a generalização dos dados deve ser feita com cautela, assim como recomendado por Marques e outros (2014). E, finalmente, por se tratar de uma pesquisa quantitativa, com aplicação de um questionário com perguntas fechadas, não houve a possibilidade de o respondente justificar suas respostas, deixando-se, portanto de

coletar informações que poderiam enriquecer a discussão e a avaliação dos atributos da APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento permitiu, a partir da percepção dos cuidadores das crianças menores de cinco anos, inferir que a maioria dos atributos da APS foram mal avaliados em relação a Saúde da Criança, no município de Juiz de Fora – MG.

Além disso, a tipologia das UAPS não influenciou nos resultados dos escores como aspecto diferencial para a avaliação da qualidade da APS. Logo, apesar da SF compor a estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente, no presente estudo, não demonstrou ser um modelo de APS estruturado por seus atributos.

Todavia, ressalta-se que a composição da amostra de crianças selecionada foi concentrada em áreas cobertas pela SF, aspecto consequente a orientação majoritária da rede de atenção básica do município à SF. Tal composição pode ter dificultado a obtenção de dados necessários para a comparação adequada da avaliação dos grupos estratificados por modelo de APS, uma vez que o número de UAPS-tradicional e UAPS-PACS investigadas foi pequeno.

Percebe-se, assim, a necessidade de buscar alternativas para melhorar a capacidade operacional e resolutive dos serviços de APS sob o olhar dos seus atributos. Assim, será possível adequar a regulação e a integração das ações na rede assistencial, contribuir para a qualidade e a efetividade dos serviços, minimizar desfechos negativos persistentes à saúde da população infantil e aumentar o grau de satisfação dos cuidadores em relação às UAPS.

Reitera-se, que apesar do baixo desempenho da SF, no que se refere ao cumprimento dos atributos ordenadores da APS, demonstrou-se ser o cenário mais adequado para consecução dos serviços considerados prioritários no âmbito da APS, das ações de orientação familiar e comunitária, e para o manejo adequado dos sistemas de informação em saúde quando comparada aos demais modelos de APS estudados.

Destaca-se que vários fatores podem ser apontados como coadjuvantes para o baixo resultado dos escores dos atributos da APS no município, tais como: composição incompleta de equipes de saúde, ausência de profissional médico nas UAPS, rotatividade dos recursos humanos e estrutura precária das unidades. Esses

aspectos não estão em consonância à meta de priorização dos serviços de APS preconizada no Plano Municipal de Saúde (2009-2013).

No que concerne à experiência da aplicação do PCATool, pode-se afirmar que tal instrumento demonstrou-se ser uma ferramenta adequada para a avaliação da qualidade da APS; para a comparação do desempenho das equipes de APS e das UAPS, com diferentes organizações assistenciais de atenção básica, no que se refere a oferta e a disponibilidade de serviços à população, e para a correlação dos resultados obtidos, no presente trabalho, com os achados de estudos avaliativos da APS, com foco na Atenção à Saúde da Criança, realizados em outras localidades do país, com realidades diferentes do município abordado.

Em contrapartida, faz-se algumas críticas em relação a alguns componentes avaliativos do instrumento, a saber: (1) o escore do atributo Grau de Afiliação pontua o vínculo da criança com o serviço de saúde ou com o profissional de saúde e não a com a APS propriamente dita. Tal constatação pode levar a uma interpretação equivocada de que a atenção básica não configura a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde; (2) o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro não contempla, em suas questões, a presença de possíveis barreiras, geográficas ou relacionadas à dinâmica das unidades (horário de funcionamento, dias específicos para determinadas ações em saúde, número de consultas médicas/dia...), que possam interferir na utilização dos serviços. Esses aspectos são considerados importantes para a avaliação da acessibilidade e estão presentes na realidade de grande parte das UAPS do Brasil; (3) o componente Sistema de Informação do atributo Coordenação não levanta a disponibilidade nos serviços de outros documentos essenciais para a atenção integral à saúde da criança, no momento da consulta, além do prontuário, como o cartão espelho vacinal e possíveis resultados de exames laboratoriais e diagnósticos; (4) o componente Serviços Disponíveis do atributo Integralidade não aborda a qualidade da dispensação pontual das medicações/terapêuticas prescritas para o tratamento de condições agudas ou crônicas de saúde das crianças, bem como a devida administração das mesmas, em alguns casos. Essa situação específica causa apreensão, principalmente para a questão da administração da primeira dose do antibiótico ao paciente pediátrico no ato da consulta nas UAPS, prevista em lei; (5) o componente Serviços Prestados do atributo Integralidade não abrange a existência de orientações para o uso correto de medicamentos/terapêuticas a nível domiciliar,

ação necessária para minimizar quaisquer riscos inerentes a interpretação incorreta dos receituários médicos e a não percepção dos possíveis eventos adversos relacionados à tais intervenções. Atenta-se que essas situações podem levar a consequências indesejáveis à saúde das crianças; (6) o atributo Orientação Comunitária não aborda a realização de ações coletivas educativas em saúde, tais como os grupos voltados à condições específicas, como para gestantes e para o aleitamento materno. Tais grupos são preconizados pelo MS enquanto prática essencial para a promoção da saúde da população materna e infantil.

Adiciona-se a tais críticas o tempo dispendido para a aplicação de cada questionário, média de 27,5 minutos no presente estudo, considerado por muitos entrevistados como extenso. Esse último aspecto contribuiu para o visível desinteresse e cansaço dos sujeitos na escuta da leitura dos últimos blocos de perguntas, o que pode ter comprometido a qualidade das respostas.

Ademais, vislumbrou-se a contribuição dos resultados obtidos na discussão da atuação da APS no âmbito da Saúde da Criança ao identificar aspectos que exigem reafirmação ou reformulação, pautando o planejamento das ações e a gestão dos serviços. Também, uma vez que o PCATool trata-se de um instrumento de domínio público, com metodologia de fácil aplicação, pode ser usualmente utilizado nas redes municipais de saúde, para avaliações periódicas e de acompanhamento do desenvolvimento da APS.

Pela relevância do tema, indica-se a complementação da presente pesquisa por meio da aplicação do PCATool versões para profissionais de saúde e para usuários adultos, o que poderá acrescentar e confrontar outras óticas avaliativas frente aos serviços de APS do município selecionado. Também, recomenda-se a realização de um estudo mais amplo, provavelmente de natureza qualitativa, para levantar fatores não identificados com o instrumento de coleta empregado e trazer à tona importantes elementos para auxiliar na condução dos serviços.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 312p.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M.. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p. 145-160.

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, jun. 2009.

ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 68-76, fev. 2012.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American journal of public health**, Washington, v.99, n.1, p.87-93, Jan 2009.

ARAÚJO, R. L. **Atributos da atenção primária à saúde no DF: estudo comparativo entre unidades básicas de saúde tradicional e a Estratégia Saúde da Família no cuidado integral à saúde da criança**. 2013.110f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)– Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ARBEX, D. Acidentes domésticos crescem 30% nas férias: de cada dez ocorrências envolvendo crianças, nove acontecem dentro de casa. **Tribuna de Minas**, Juiz de Fora, 10 jul. 2012. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/cidade/acidentes-domesticos-crescem-30-nas-ferias-1.1121260>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.447-455, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 32 p. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002b. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto nacional de redução da mortalidade infantil e materna. **Informe da atenção básica**, Brasília, ano 5, maio/jun.2004b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo22.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNAAS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 2005b. Seção 1, p. 60.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: guia de implantação municipal AMQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 30p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006c. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 201 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do anexo desta portaria, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 308p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary care assessment tool – PCAtool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 372p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru – manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2011c. Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Minas Gerais**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 290p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo para implementação da agenda para intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil**: Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília: MS, 2013b. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/andi/manual_instrutivo_andi.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Relatório de leitos**. [c20--a]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp/>. Acesso em: 10 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações em Saúde. Sistema de mortalidade. **Óbitos infantis – Brasil**. [c20--b]. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações em Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastramento familiar**. [c20--c]. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabfMG.def>>. Acesso em: 10 out. 2012.

BRAZ, J. C. **A avaliação da saúde das crianças menores de 1 ano na ESF em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores**. 2012. 86f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; GOULART, E. M.A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n.6, p. 461-468, 2001.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. 534 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 699-706, dez. 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS, 2011. p.181-199.

CUNHA, C. R. H. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional**. 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

DE MAESENEER, J. et al. A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura - iniciativa da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde. **Revista brasileira saúde da família**, Brasília, ano 9, n.19, p.46-74, jul./set. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia19.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.

DEMING, E. W. **Qualidade: a revolução na produtividade**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990. 368p.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, Dec 2005.

DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 123 p.

DUARTE, G. B.; MESQUITA, C. Avaliação do Impacto do Programa Saúde da Família sobre a Mortalidade Infantil no Nordeste do Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS REGIONAIS E URBANOS, 10., 2012. **Anais...** Recife: Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos, 2012. Disponível em: <http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2012/docs/sim1_mesa5_avaliacao_impacto_programa_saude_fam%C3%ADlia_sobre_mortalidade_infantil_n_ordeste_brail.pdf>. Acesso em: 5 set. 2012.

SCOREL, S. et al. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v.21, n.2, p.164-176, fev./mar. 2007.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.43, n.6, p.928-936, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, A. M. **Avaliação da atenção primária em saúde: análise da concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná**. 2011.116f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, p. 1171-1176, 2007.

FURTADO, M. C. C. et al. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p. 554-561, mar./abr. 2013.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p. 575-626.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1025-1029, jul./ago. 2001.

HALL, J. J.; TAYLOR, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. **The Medical journal of Australia**, Pyrmont, v.178, n.6, p.17-20, jan. 2003.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil**. 2004. 190f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Alicante, Alicante, 2004.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDERT, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Boletim da saúde porto alegre**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 23-39, jan./jun. 2004.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de Avaliação Primária (PCAtool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, ago. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios – resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE. 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. **de saúde: gestão 2010-2013**. Juiz de Fora: PJF, 2010. 272p.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. **Unidades de atendimento à saúde**. [20--]. Disponível em: <<http://www.pjf.mg.gov.br/saude/telefones.php#ubs>>. Acesso em: 10 outubro de 2012.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.3, p. 251-258, 2005.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L. **Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil (1979-1993)**: análise por causa segundo grupo de idade e região de residência. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 243-252, abr./jun. 1996.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v.11, n.3, p. 323-334, jul./set. 2011.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.10, n.12, p.60- 69, jan./jul. 2000.

LORENZI, D. R. S. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 141-146, jan./fev. 2001.

LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S.; MESQUITA FILHO, M. M. A atenção primária à saúde de crianças menores de dois anos: A ESF E A UBS. In: Congresso Virtual Brasileiro de Educação, Gestão e Promoção da Saúde, 1., 2012. **Anais online...** Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/74/2012_74_4234.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2012.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of epidemiology and community health**, London, v.60, n. 1, p.13-19, Dec 2006.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 264p.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.16, n. 4, p. 233-244, dez. 2007.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência e saúde coletiva**, 2014. No prelo.

MENDES, E. V. O SUS e um 'novo ciclo' da Atenção Primária à Saúde. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**, 23 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2010/11/23/eugenio-vilaca-mendes/>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca! **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1493-1497, set./out. 2009. Suplemento 1.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.43, n.1, p. 35-43, fev. 2009.

MORAIS NETO, O. L.; BARROS, M. B. A. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 477-485, abr./jun. 2000.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p. 559-572, mar. 2012.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.19, n.1, p. 61-75, jan./mar. 2010.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde: revisão. **Revista de saúde pública**, São Paulo, n.34, v. 5, p. 547-559, out. 2000.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão de atributos da atenção primária a saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. 118f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L.O. R. **Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo-PR**. 2012. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA

SAÚDE (Orgs.). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança Brasília: Gráfica Brasil, 2001. p. 58-61.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. [S. l.]: OPAS, 2005. 41p. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/OPAS%20renovacao%20APS%202005%20portugues.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PARADA, M. B. A.; MEDEIROS, H. R. F. Puericultura e políticas públicas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945). In: ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH-RIO, 14., 2010. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPUH, 2010. 11p.

PEIXOTO, S. G. D.; ROCHA, F. F. Impactos da política de atenção básica de saúde: uma análise a partir dos municípios da Região Sudeste. In: SEMINÁRIO DE ECONOMIA DE BELO HORIZONTE, 6., 2009. **Anais...** Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2009. Disponível em: <http://www.sebh.ecn.br/seminario_6/sebh_artigo_Fabiana.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

PEREIRA, A. R. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Revista brasileira de história**, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

REIS, M.; CRESPO, A. **O impacto da renda domiciliar sobre a saúde infantil no Brasil**. Brasília: IPEA, 2009. 22 p.

RIBEIRO, J. M.; SIQUEIRA, S. A. V.; PINTO, L. F. S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 517-527, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N.(Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 149-170.

SAMICO, I. C. **Avaliação da atenção à saúde da criança**: um estudo de caso no estado de Pernambuco. 2003. 208f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

SANTOS, I. S. et al. Mortalidade infantil em três coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. s451-s460, jan. 2008. Suplemento 3.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p. 107-119, abr. jun. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Resolução n. 2.132, de 9 de dezembro de 2009. Define critérios para implantação e implementação do protocolo de classificação de risco no serviço de urgência e emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_2132.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES C. Family perspective on a family care program. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p. 883-888, set./out. 2008.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade de assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p.1187-1193, jun. 2010.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.20 p. S231-S241, 2004. Suplemento 2.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.19, n.1, p. 51-60, jan./mar. 2010.

STARFIELD, B. Primary care and health: a cross-national comparison. **JAMA**, Chicago, v. 266, n. 16, p. 2268-2271, Oct 1991.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank quarterly**, New York, v.83, n.3, p.457-502, Sep 2005.

SZWARCWALD, C. L.; ANDRADE, C. L. T.; BASTOS, F. I. Income inequality, residential poverty clustering and infant mortality: a study in Rio de Janeiro, Brazil. **Social science & medicine**, Oxford, v. 55, n. 12, p. 2083-2092, Dec 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.121-137.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n.4, p.821-828, 2012.

TESSER, C. D. Saúde da família: expansão, aprofundamento e desafios. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.11, p. 4292-4293, nov. 2011.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. 263 p.

UNITED NATION CHILDREN'S FUND. **Situação mundial da infância 2012: crianças em um mundo urbano**. New York: Unicef, 2012.144 p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/PT-BR_SOWC_2012.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde – Resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. **American journal of public health**, New York, v.94, n.3, p.360, Mar 2004.

VELOSO, R. C.; ARAÚJO, M. R. N. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora; v.12, n.3, p.238-243, jul./set. 2009.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.225-264, 2005. Suplemento.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata:** International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: OMS, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Millennium development goals.** New York: United Nations, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/index.html>>. Acesso em: 5 set. 2012.

ZILS, A. A., et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v.4, n.16, p. 270-276, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Regionalização da Rede Assistencial de Juiz de Fora-MG

Região Sanitária (RS)	Região Administrativa (RA)	COMPOSIÇÃO DA REGIÃO	N. de UAPS-SUS	N. de equipes-SF	Nome da Equipe de ESF – endereço	Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não há UAPS	Pop. infantil (menores de cinco anos) estimada de Juiz de Fora (5,6% do total da população do município – IBGE-2010)	Unidades de média complexidade conveniada ao SUS	Unidades de alta complexidade conveniadas e não conveniadas ao SUS	Unidades de Pronto-Atendimento – SUS
RS1		Retiro, Granjas Belhânia, Usina Quatro, Usina Dois	1	2	Santo Antônio Granjas Bethel R. Sebastião Cardoso, n. 41	2768 2795	311			
		Jardim Esperança, Floresta	1	2	Jardim esperança Floresta R. Padre João Micheleto	2697 2531	293			
		Terras Altas				164	9			
RS2		Santo Antônio, Jardim Serra Verde, Cantinho do Céu, Vila de Prata	1	3	Vila Prata Arraial Alto Santo Antônio R. Pedro Trogo, n. 285	3005 3299 2868	514			
		Tiguerá, Bairro de Lourdes, JK (parte)	1		R. Dr. José Rafael de Souza Antunes	9368	525			
		Jardim da Lua, Parque Burnier	1	1	R. Natalino José de Paula, n. 230	3564	200			
RS12		JK (parte), Aracy, Costa Carvalho				8202	459			
		Vila Ideal, Solidariedade	1	2	Solidariedade Vila Ideal Av. Francisco Valadares n. 1910	6072	340			
		Vila Olavo Costa	1	1	Horto R. Jacinto Marcelino, n. 16	3108	174			
		Furtado de Menezes, Vila Ozanan	1	2	Vila Furtado de Menezes, Vila Ozanan R. Furtado de Menezes, n. 19A	6666	373			Hospital Albert Sabin R. Dr. Edgard Carlos Pereira, n. 600 Santa Tereza
		Poço Rico, Santa Tereza, Tupinambás				4660	261			

Região Administrativa (RA)	RA Leste (RA3)									
Região Sanitária (RS)	RS3					RS4				
COMPOSIÇÃO DA REGIÃO	N. de UAPS-SUS	N. de equipes-SF	Nome da Equipe de SF – endereço	Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não há UAPS	Pop. infantil (menores de cinco anos) estimada de Juiz de Fora (5,6% do total da população do município – IBGE-2010)	Unidades de média complexidade conveniada ao SUS	Unidades de alta complexidade conveniadas e não conveniadas ao SUS	Unidades de Pronto-Atendimento – SUS		
Botanágua/Cesário Alvim, Santos Anjos, Vitorino Braga, Loteamento Jardim das Flores				3167	177					
Bom Jardim, Linhares, Peões, Fazenda Yung	1	5	Linhares Bom Jardim Peões Bom Jardim II Yung R. Odilon Braga, s/n	2688 2695 2746 2578 2742	753					
Bosque dos Pinheiros										
Jardim do Sol, São Sebastião, Santa Cândida	1	3	São Bernardo Santa Cândida São Sebastião R. Prof. Joaquim Queiroz, n. 25	2624 3038 2859	477					
São Benedito, Vila Alpina	1	3	ABC Vila Alpina Bonsucesso R. José Zacarias dos Santos, n. 57	3299 3429 2952	542					
Manoel Honório, Ladeira Barrú				8334 5736	788					
Santa Rita	1	2	Santa Rita I Santa Rita II R. José Vicente, n.390	2533 2557	285					
Marumbi/ V.R. Abreu, Margem da Leopoldina, Bonfim	1	3	Margem Leopoldina Bonfim Marumbi R. Barrão do Retiro, n. 1472	2739 3303 2961	505					
Progresso, Borborema, Santa Paula	1	3	Progresso I Santa Paula Progresso II R. Jorge Kropp, n. 119	2533 3345 3539	527					
Nossa Senhora Aparecida, São Tarcísio	1	2	Nossa Senhora Aparecida São Tarcísio R. Nossa Senhora Aparecida, n.120	3256 3219	363					
Grajaú/Alto Grajaú, Três Moinhos	1	2	Grajaú Alto Três Moinhos R. Leonel Jaguaribe, n.178	3607 3736	411					
	<p style="text-align: center;">Hospital Dr. João Felício R. Barrão de Juiz de Fora, n. 88 Santos Anjos</p> <p style="text-align: center;">Departamento da Unidade Regional Leste Avenida Brasil, n. 1.150 Costa Carvalho</p>									

Região Administrativa (RA)	RA Nordeste (RA2)		Região Sanitária (RS)	RS5		RS6		Composição da Região	N. de UAPS-SUS	N. de equipes-SF	Nome da Equipe de SF – endereço	Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não há UAPS	Pop. infantil (menores de cinco anos) estimada de Juiz de Fora (9,6% do total da população do município – IBGE-2010	Unidades de média complexidade conveniada ao SUS	Unidades de alta complexidade conveniadas e não conveniadas ao SUS	Unidades de Pronto-Atendimento – SUS
			Centenário (Parte)									1610				
			Centenário (Parte), Santa Terezinha, Nossa Senhora das Graças, Eldorado, Alto Eldorado, Vista Alegre, Tupi	1		Tradicional R. Querluz, n. 72	19820									
			Quintas da Avenida, Bom Clima				8339						90 1110 467 506 108			
			Vale dos Bandeirantes	1	3	Vale dos Bandeirantes Tapera Serra Pelada R. Laurindo Nocell, n. 100	3273 2945 2814									
			Vivendas da Serra				1934									
			Parque Guarani, Granjas Beñãnia	1	2	Parque Guarani Granjas Beñãnia R. Sofia Rafael Zacarias, n. 685	3330 3548						385			
			Recanto dos Lagos, Mucunque da Grama, Vila Montanhês, Parque Independência, Vila São José, Nova Sulça	1		Tradicional Praça Aureo Gomes Carneiro, s/n	8790								Hospital Dr. João Penido Av. Juiz de Fora, n. 2555 Gramma Hospital Apa Nery Estrada Chácara, n. 1260 Figueiras	
			Água São Luís, Vila dos Sonhos, Granjas Triúnto, Figueiras	1	2	Figueiras Vale dos Sonhos R. Orlando Riani, n. 2200	5069						492			

Região Sanitária (RS)	RS7									
Região Administrativa (RA)	RA Norte (RA1)									
COMPOSIÇÃO DA REGIÃO	N. de UAPS-SUS	N. de equipes-SF	Nome da Equipe de SF – endereço	Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não há UAPS	Pop. infantil (menores de cinco anos) estimada de Juiz de Fora (5,6% do total da população do município – IBGE-2010)	Unidades de média complexidade conveniada ao SUS	Unidades de alta complexidade conveniadas e não conveniadas ao SUS	Unidades de Pronto-Atendimento – SUS		
Fábrica, Esplanada, São Dimas	1		Tradicional R. Bias Fortes, n. 74	7586	425					
Monte Castelo, Carlos Chagas, Jardim Cachoeira	1	3	Monte Castelo Carlos Chagas Jardim Cachoeira R. Oswaldo Mascarenhas, s/n	2891 2920 2621	472					
Loteamento Parque das Águas				2166	121					
Cerâmica, São João, Industrial	1		Tradicional R. João Gualberto, n. 110	6711	376					
Francisco Bernardino (parte), Jardim Natal	1	2	Jardim Natal Francisco Bernardino R. Tenente Lucas Drumont, n. 370	3403 3332	377					
Francisco Bernardino (parte) Encosta do Sol Fontesville I Fontesville II Fazendinhas Pedra Bonita Vivendas das Fontes				601 2800 692 449 392 69	280					
Milho Branco, Alto Milho Branco, Amazônia	1	3	Milho Branco Amazônia Alto Milho Branco	2672 2853 2731	966					
Condomínio Santa Felicidade				597	33					
Jóquei Clube I, Barbosa Lage	1	2	Vila Bejani Barbosa Lage R. Antônio Aramado Pereira, n. 140	3597 4275	441					
Condomínio Belo Vale I Condomínio Belo Vale II				792 660	81					
Santa Maria, Santa Amélia, Parque das Torres, Dom Pedro II, Jóquei Clube II, Jóquei Clube III, Cidade do Sol	1	4	Parque das Torres Santa Amélia Cidade do Sol Santa Maria	2627 3170 2598 2496	610					

(continua...)

Região Sanitária (RS)	RS9									
Região Administrativa (RA)	RA Oeste (RA5)									
COMPOSIÇÃO DA REGIÃO	N. de UAPS-SUS	N. de equipes-SF	Nome da Equipe de SF – endereço	Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não há UAPS	Pop. infantil (menores de cinco anos) estimada de Juiz de Fora (5,6% do total da população do município – IBGE-2010)	Unidades de média complexidade conveniada ao SUS	Unidades de alta complexidade conveniadas e não conveniadas ao SUS	Unidades de Pronto-Atendimento – SUS		
Aeroporto, Jardim Marajoara (Parte Baixa)										
Santos Dumont	1		PACS Santos Dumont	Pop.: 13056 Pop cadastrada no SIAB: 1934	731					
Novo Horizonte, Nova Califórnia										
Residencial Paraíso				840	47					
Parque Jardim da Serra, São Clemente, Mariândia, Spinaville, Viná Del Mar, Chácaras Passos Del Rey										
Bosque Imperial, Parque Imperial, Granville, Sero Azul, Chêles do Imperador, Chales do Algarve, Jardim Casablanca, Nossa Senhora de Fátima, Adolfo Vireque, São Lucas, Itatiaia, Portal da Torre										
São Pedro	1		PACS São Pedro R. João Lourenço Kêlmer, n. 1433	Pop.: 21253 Pop. Cadastrada no SIAB: 3288	1190					UPA São Pedro Rua Major Lino Lima, n. 129
Santana, Tupã, Jardim Universitário/Martelos, Jardim das Azaléias, Parque São Pedro, Vila São Jorge, Caiçaras I, Caiçaras II, Loteamento Nova Vida, Colinas do Imperador, Bosque do Imperador, Jardim Marajoara (Parte Alta), Cruzeiro do Santo Antônio, Recanto dos Brugger										
Loteamento Nova Germânia			Loteamento Nova Germânia	1152	65					
Borboleta, Parque Flamboyantes, Loteamento Morada do Sero, Residencial Pinheiros, Loteamento Alto dos Pinheiros	1	1	Borboleta R. Tenente de Paula Maria Delage, n. 299	8546	479					

Região Sanitária (RS)	RS 10							
Região Administrativa (RA)	RA Centro (RA4)							
COMPOSIÇÃO DA REGIÃO	N. de UAPS-SUS	N. de equipes-SF	Nome da Equipe de SF – endereço	Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não há UAPS	Pop. infantil (menores de cinco anos) estimada de Juiz de Fora (5,6% do total da população do município – IBGE-2010)	Unidades de média complexidade conveniada ao SUS	Unidades de alta complexidade e não conveniadas ao SUS	Unidades de Pronto-Atendimento – SUS
Democrata Vale do Ipê Mariano Procópio Santa Catarina Morro da Glória Jardim Glória Santa Helena Paineiras (parte) Centro (parte)	3049 2123 3113 2307 3519 4095 7343 2060 27354			3078		Departamento de Clínicas Especializadas (PAM-MARECHAL) e Departamento de Saúde da Mulher, Departamento de Práticas Integradas e Complementares R. Marechal Deodoro, n. 496 Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente Av. dos Andradas, n. 301 e Rua Espírito Santo, n. 1.023 Departamento de Saúde do Idoso R. Batista de Oliveira, n.943, Centro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Casa Viva R. São Sebastião n. 885, Centro CAPS Álcool e Drogas R. Machado Sobrinho, n.186, Altos Passos CAPS Infância e Juventude R. José Moraes Samento, n.95, Santa Catarina Departamento de Saúde do Trabalhador R. Christovam Molinari, n. 65, Morro da Glória	Hospital Universitário <i>Unidade Dom Bosco</i> Av. Eugênio do Nascimento, s/n., Dom Bosco <i>Unidade Santa Catarina</i> R. Catulo Breviglieri, n.46, Santa Catarina Santa Casa de Misericórdia Av. Barão do Rio Branco, n.3353 Centro Hospital Monte Sinai R. Vicente Bequelli, n.315, Dom Bosco Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS) Av. Barão do Rio Branco, n. 3408, Centro Hospital (HTO) Centrococor R. Dellim Moreira, n.62, Centro Hospital Oncológico 9 de Julho R. Santos Dumont, n.56, Centro Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer (ASCOMCER) Av. Independência, n. 3500, Cascatinha Hospital Maternidade Teresinha de Jesus R. Dirceu de Andrade, n.33, São Mateus.	Pronto Atendimento Infantil (PAI) Av. dos Andradas, n. 508, Centro
Paineiras (parte), Centro (parte Sul), São Mateus (parte), Alto dos Passos, Bom Pastor/Guaruá, Boa Vista/Cidade Jardim, Granbery	37666		Tradicional Av. Rio Branco, n. 3132	2109				
Dom Bosco	13560		Tradicional R. João Manata, n. 93	759				
Santa Cecília São Mateus (parte) Mundo Novo	3358 2715 3147		Santa Cecília Mundo Novo São Mateus	516				

Região Administrativa (RA)	RA do Campo (RA8)							Unidades de Pronto-Atendimento – SUS
Região Sanitária (RS)	Área Rural							Unidades de alta complexidade conveniadas e não conveniadas ao SUS
COMPOSIÇÃO DA REGIÃO	N. de UAPS-SUS	N. de equipes-SF	Nome da Equipe de SF – endereço	Pop. estimada coberta pelas UAPS ou descoberta quando não há UAPS	Pop. infantil (menores de cinco anos) estimada de Juiz de Fora (5,6% da população do município – IBGE-2010)	Unidades de média complexidade conveniada ao SUS	Unidades de alta complexidade conveniadas e não conveniadas ao SUS	Unidades de Pronto-Atendimento – SUS
Paula Lima	1		Tradicional R. Vicente Gávio, s/n	1536	86			
Chapéu D'Uvas	1		Tradicional R. Jerônimo Vieira Tavares, s/n	716	40			
Dias Tavares	1		Tradicional R. Joaquim Murinho, s/n	767	43			
Igrejinha	1	1	PSF Igrejinha	2501	140			
Humaitá, Cachoeirinha	1	1	PSF Humaitá	2172	122			
Penido	1		Tradicional R. Principal, s/n	522	29			
Valadares	1		Tradicional R. Principal, s/n	1052	59			
Rosário de Minas	1		Tradicional R. Principal, s/n	865	48			
Toledos	1		Tradicional R. Principal, s/n	437	24			
Pirapeitinga, Torreões, Monte Verde	1	1	PSF Torreões R. Principal, s/n	2624	147			
Sarandira	1		Tradicional R. Santana, s/n	472	26			
Caeté	1		Tradicional R. Paula Lima, s/n	726	41			
Unidade Móvel	1	1	PSF Jacutinga Atende as seguintes localidades: Pires, Privilégio, Palmital, Bueiê, Jacutinga	1304	73			

Fonte: A Autora³

Legenda: Os bairros em branco indicam áreas descobertas por atenção primária em saúde; As cores representam a área de abrangência de cada UAPS.

Notas:

- 1-Relação dos Hospitais Psiquiátricos conveniados ao SUS: Casa de Saúde Aragão Villar, Casa de Saúde Esperança e Clínica São Domingos
- 2-No bairro Vale Verde há 380 imóveis que foram construídos pelo programa de governo federal "Minha Casa Minha Vida", com média de quatro pessoas por residência, e embora essa população ainda não esteja cadastrada no SIAB, ela já usufrui dos serviços da UPAS local.
- 3-Existem UAPS em construção no Jardim da Lua, Santa Etigênia, Jôquei I, Vila Olavo Costa, Barreira do Triunfo, Chapéu D'Uvas e Dom Bosco que substituirão as antigas unidades que operavam nestes.

³Paloma Regina Inocência (Enfermeira Mestranda no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)-2012. Adaptação do trabalho feito por Maria Terezinha Barra Mattos Martins, em 2011 (Prefeitura Municipal de Juiz de Fora-MG).

**APÊNDICE B – Departamentos de Média Complexidade e Serviços Especializados no
Município de Juiz de Fora-MG: características gerais**

Departamento de Média Complexidade	Serviços Ofertados/Características Gerais
Departamento de Clínicas Especializadas (DCE)	Possui 26 especialidades médicas e atende um número de consultas especializadas, além de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, que excede o parâmetro assistencial do município, fixado atualmente em 275.000. As principais demandas reprimidas do município estão concentradas nas áreas da oftalmologia, ortopedia, pneumologia e reumatologia. Existem no local, deficiências ao atendimento dos usuários, relacionadas à quantidade e qualidade de equipamentos, especialmente para a promoção do atendimento em oftalmologia, otorrinolaringologia e cardiologia, além de infraestrutura inadequada em alguns pontos, como o controle de vetores no setor de pneumologia.
Departamento de Práticas Integradas Complementares	Desenvolve um programa multidisciplinar, com atendimento nas áreas de homeopatia, fitoterapia e acupuntura. Em processo experimental, acontece a descentralização no atendimento homeopático dos casos clínicos ambulatoriais para algumas UAPS-SF, com bons resultados.
Departamento da Criança e do Adolescente	Funciona em duas unidades, sendo o serviço localizado na Avenida dos Andradas, responsável pela assistência clínica e especializada de crianças até 12 anos, com destaque ao atendimento das crianças e adolescentes portadores de Síndrome de Down. Ainda funciona no local o ambulatório de obesidade infantil, direcionado a criança obesa e/ou portadoras de hipertensão arterial. Os serviços de Teste da Orelhinha, Ambulatório de Follow-up para recém-nascidos de alto risco e Programa de Reabilitação e Estimulação Visual, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes portadores de grande deficiência visual ou cegueira é realizado à Rua Espírito Santo, mas há programação para alteração do endereço das instalações em decorrência de questões de propriedade (o prédio atual pertence a UFJF). O Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente realiza atendimento clínico e especializado do adolescente (faixa etária considerada pela SMS de 12 a 19 anos), e conta com ações como procedimentos da especialidade de ginecologia para adolescentes, acompanhamento das gestantes adolescentes, atendimento de psicologia, ambulatório de obesidade do adolescente e ações educativas em grupos. Existem ainda, o Núcleo Especializado de Atendimento à Criança Escolar, responsável por ações referentes à criança que apresenta dificuldade de aprendizagem escolar, em parceria com o Estado de Minas Gerais e o Centro Viva a Vida/UFJF, conforme convênio da UFJF e SES/MG, com a interveniência do município de Juiz de Fora, criado para ampliar as ações e dar qualidade ao atendimento às crianças, adolescentes, mulheres e população em geral do município e da região referenciada. As taxas de cobertura vacinal têm ficado abaixo das metas estipuladas pelo MS para o município. Há necessidade de profissionais

	especializados nas áreas de gastropediatria, neuropediatria, endocrinologia, nefrologia infantil e pediatras para atender adequadamente a demanda.
Departamento da Saúde do Idoso	Entre as atribuições desse departamento estão: orientação e cadastro a Instituições Prestadoras de Serviços a Idosos, por meio dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social e do Conselho Municipal do Idoso; atendimento em Atenção Primária a pacientes com 60 anos ou mais, realizados na região do centro em áreas descobertas pelas demais unidades do município.
Departamento da Saúde da Mulher	É responsável pelo atendimento de gestação de alto risco, climatério, sexologia, doenças sexualmente transmissíveis, patologia do trato genital inferior e colposcopia, mastologia, urologia, laqueadura, vasectomia e ginecologia geral. Atende áreas descobertas, incluindo o centro da cidade, realizando pré-natal de baixo risco e ginecologia geral.
Departamento da Saúde Mental	Está em fase de reestruturação da rede de saúde mental de acordo com o preconizado pelo MS e diretrizes da SES/MG. Estão sendo implantadas Residências Terapêuticas – RT; o programa de desospitalização “De Volta para a Casa” e a ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial.
Departamento da Saúde Bucal	Há 207 profissionais atuando em saúde bucal, em atenção primária, especializada e em urgência e emergência e serviço de atendimento especializado para portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana, 10 profissionais trabalham na coordenação dos diversos serviços e 20 estão licenciados ou cedidos a outros setores da Secretaria. Há atenção odontológica em 54 postos de trabalho, incluindo consultórios em UAPS, consultórios-escola (em processo de desativação), Centros de Especialidades Odontológicas e serviço de Urgência e Emergência em saúde bucal. A atenção em alta complexidade em saúde bucal para usuários portadores de necessidades especiais, particularmente os fissurados lábio-palatais e ou portadores de anomalias crânio-faciais são referenciados para o Centrinho de Bauru/SP
Serviços Especializados	Serviços ofertados/características gerais / Localização
Serviço de Atenção à Pessoa Ostromizada	Serviço coordenado pelo DCE que atende cerca de 270 usuários das microrregiões de Juiz de Fora/Lima Duarte, Bom Jardim de Minas, São João Nepomuceno/Bicas e Santos Dumont, além de atender municípios de outras regiões e usuários de outros estados. Conta com atividades como a inserção dos pacientes em fase pré e pós-operatórias de ostomias no programa e orientação dos usuários e seus familiares quanto a utilização, higienização e troca de dispositivos.
Serviço de Controle,	Serviço coordenado pelo DCE focado no controle, prevenção e tratamento do tabagismo por meio de ações como capacitação de profissionais nos estabelecimentos de saúde para lidar com o

Prevenção e Tratamento do Tabagismo	paciente tabagista e coordenação e realização de palestras educativas direcionadas ao combate do tabagismo.
Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade	Desenvolve o programa HIPERDIA, sistema responsável pelo cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais e aos gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Ainda, permite a o recebimento dos medicamentos prescritos aos usuários atendidos e auxilia na definição do perfil epidemiológico desta população, com conseqüente promoção de construção de estratégias de saúde pública, que possam levar à modificação do quadro de saúde atual.
Serviço de Fisioterapia e Reabilitação	Serviço ainda incipiente e sem condições reais de organização para atuação em todos os segmentos assistenciais. São realizadas cerca de 20.000 sessões mensais de fisioterapia, porém, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com baixa resolutividade.
Serviço de Regulação do Programa de Atenção à Saúde Auditiva	Responsável pela realização de ações como o Teste da Orelhinha e o acompanhamento pacientes pós-protetizados (próteses auditivas) Há demanda reprimida em todas as microrregiões referenciadas para a macrorregião sudeste, que gira em torno de 1.500 pacientes, impossibilitando cumprir uma das exigências da Portaria do MS nº 589/2004, quanto à realização de exame auditivo de crianças que frequentam escolas.
Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação	Serviço considerado equipado adequadamente para acolher pacientes com perfil de atendimento do serviço. Possui capacidade ociosa, devido ao processo falho de comunicação intra e interinstitucional, a localização do hospital e a deficiência do protocolo de acesso.

Fonte: Juiz de Fora (2012); Malachias, Leles e Pinto (2010).

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – MESTRADO ACADÊMICO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA DA FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PALOMA REGINA INOCÊNCIO
ENDEREÇO: CAMPUS UNIVERSITÁRIO, S/N – BAIRRO: MARTELOS
CEP: 36036-330 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 8426-2105
E-MAIL: paloma_inocencio@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação da Atenção Primária em Saúde sob a perspectiva do usuário: foco na assistência da criança em município de médio porte”. Neste estudo pretendemos avaliar a qualidade da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva do usuário, com foco na assistência à criança em Juiz de Fora-MG.

Os motivos que nos levam a estudar o assunto são: a ampliação da rede de serviços de APS no município e o fato da APS ser, de acordo com o Ministério da Saúde, a porta preferencial dos indivíduos, suas famílias e da população ao SUS e responsável pela resolução dos problemas de saúde das pessoas de maior frequência e relevância em seu território.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: a metodologia de estudo será baseada na identificação de pais ou cuidadores de crianças menores de cinco anos usuários da rede de serviços de APS do SUS e, após será realizada uma entrevista, com aplicação do instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Versão Criança (PCAtool). Sua participação nesta pesquisa apresenta riscos mínimos, ou seja, os mesmos riscos presentes em atividades rotineiras, como conversar, tomar banho e ler, entre outros. Ainda assim, você tem assegurado direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Espera-se, enquanto benefícios do estudo, pretende-se avaliar a qualidade da APS pelos atributos que melhor expressam o grau de orientação dos serviços, identificando se há diferenças significativas entre os escores da APS nos diferentes serviços e, proporcionar informações concretas ao município, para colaborar na gestão e melhoria dos serviços ofertados.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação da Atenção Primária em Saúde sob a perspectiva do usuário: foco na assistência da criança em município de médio porte”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Juiz de Fora, _____ de _____ de 201 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP- Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 CEP 36036.900
 FONE: (32) 2102 3788

APÊNDICE D – Protocolo de Dados Sociodemográficos para Caracterização da População do Estudo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – MESTRADO ACADÊMICO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA DA FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PALOMA REGINA INOCÊNCIO
ENDEREÇO: CAMPUS UNIVERSITÁRIO, S/N – BAIRRO: MARTELOS
CEP: 36036-330 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 8426-2105
E-MAIL: paloma_inocencio@yahoo.com.br

TÍTULO DA PESQUISA: “Avaliação da Atenção Primária em Saúde sob a perspectiva do usuário: foco na assistência da criança em município de médio porte”.

DATA: _____ **UAPS:** _____

COMPONENTES DO QUESTIONÁRIO:

Parte 1- Protocolo de Dados Sociodemográficos para Caracterização da População do Estudo e Parte 2- Instrumento de Avaliação da Atenção Primária- PCAtool Brasil Versão Criança

PROTOCOLO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS PARA CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO:

A) CUIDADOR

1. Qual é o seu grau de parentesco com a criança?

- Pai Mãe Madrasta Padrasto Tio/a
 Avô/ó Irmão/ã Guardião legal Amigo
 Outro, especificar: _____

2. Sexo (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa):

- Masculino Feminino

3. Qual é a sua idade e sua data de nascimento?

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

4. Qual é o maior grau de escolaridade que você concluiu?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sem grau de instrução | <input type="checkbox"/> 1.ª série do Ensino Fundamental |
| <input type="checkbox"/> 2.ª série do Ensino Fundamental | <input type="checkbox"/> 3.ª série do Ensino Fundamental |
| <input type="checkbox"/> 4.ª série do Ensino Fundamental | <input type="checkbox"/> 5.ª série do Ensino Fundamental |
| <input type="checkbox"/> 6.ª série do Ensino Fundamental | <input type="checkbox"/> 7.ª série do Ensino Fundamental |
| <input type="checkbox"/> 8.ª série do Ensino Fundamental | <input type="checkbox"/> 1ºano do Ensino Médio |
| <input type="checkbox"/> 2ºano do Ensino Médio | <input type="checkbox"/> 3ºano do Ensino Médio |
| <input type="checkbox"/> 3.º Grau (Graduação) Incompleto | <input type="checkbox"/> 3.º Grau (Graduação) Completo |
| <input type="checkbox"/> Pós-Graduação | <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado |

5. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a)
 Desquitado(a) ou Separado(a) Judicialmente Divorciado(a) Estável
 Outro, especificar: _____

6. Cor ou raça (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa):

Branca Preta Amarela Parda Indígena

B) CRIANÇA

1. Qual é a idade e a data de nascimento da criança?

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

2. Sexo (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa):

Masculino Feminino

3. Cor ou raça (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa):

Branca Preta Amarela Parda Indígena

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool – Brasil versão criança

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou do familiar / cuidador da criança na Unidade de Saúde em seguir com a entrevista;
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se a criança em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo /avaliação). Identificar o nome da criança e, a partir de então, usar sempre o nome dela como referência;
- 3 - Identificar o / a responsável pela criança (cuidador) que deve responder o PCATool-Brasil. Use, por exemplo, a pergunta: "Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde da criança?", identificando o parentesco da mesma com a criança;
- 4 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário;
- 5 - Seguir com a entrevista.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

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

Não

Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

Não

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

Não

Sim, mesmo que A1 & A2 acima

Sim, o mesmo que A1 somente

Sim, o mesmo que A2 somente

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

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

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

– Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

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

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

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5 - _____

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

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

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) " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " 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) " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>médico/enfermeiro</i> " 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 " <i>médico/enfermeiro</i> " saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

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

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

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

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

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

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

ANEXO B- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa de Aprovação do Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva do usuário: foco na assistência da criança, em município de médio porte.

Pesquisador: Paloma Regina Inocêncio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10879812.3.0000.5147

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA - UFJF

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 178.422

Data da Relatoria: 13/12/2012

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos descritos no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem formulado, de forma clara e objetiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada.

Recomendações:

Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Res.CNS 196/96, manifesto pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Termino da pesquisa dezembro 2013.
gncd

JUIZ DE FORA, 19 de Dezembro de 2012

Paulo Cortes Gago

**Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.projeto@ufjf.edu.br

ANEXO C – Declaração de Infraestrutura da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG para realização do projeto

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Subsecretária de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, eu Enfermeira Adriana Moreira de Carvalho Barcelos, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Avaliação da Atenção Primária em Saúde sob a perspectiva do usuário: foco na assistência da criança em município de médio porte", a ser conduzida pelas pesquisadoras: Profª Drª Estela Márcia Saraiva Campos (coordenadora) e da mestrandia do Paloma Regina Inocêncio, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora. Declaro que esta instituição possui infra-estrutura para a realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, _____, de _____ 2012.

Adriana Moreira de C. Barcelos
S. Secretária de Atenção
Primária à Saúde
de Juiz de Fora

Enfermeira Adriana Moreira de Carvalho Barcelos
Subsecretária de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora

**ANEXO D – Observações e orientações para o Cálculo dos Escores – Manual PCAtool
versão Criança do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde-
Primary Care Assessment tool-PCAtool- Brasil**

1. As respostas do instrumento estão estruturadas em uma escala do tipo Lickert cujos valores são respectivamente: “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)
2. Em alguns itens do instrumento há a necessidade de realização da inversão dos valores da escala Lickert, a saber: C2, C4, C5 e D10. Esses itens foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).
3. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados.
4. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

**COMPOSIÇÃO E CÁLCULOS DOS ESCORES DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO
PCATOOL-BRASIL VERSÃO CRIANÇA:**

1. GRAU DE AFILIAÇÃO (A)

Abrange os itens A1, A2, A3, A4 e A5.

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:
 $A1 = A2 = A3 = 0$, então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:
 $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, então Grau de Afiliação = 2

- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:
A1 = A2 ou A1=A3 ou A2=A3 e iguais a SIM, então Grau de Afiliação = 3
- Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço:
A1 = A2 = A3 = 1, então Grau de Afiliação = 4
- * Os itens do instrumento A4 e A5 não são computados ao cálculo do escore do atributo do Grau de Afiliação (A).

2. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

2.a) UTILIZAÇÃO (B)

- Composto pelos itens B1, B2 e B3.
- O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(B1 + B2 + B3) / 3$

2.b) ACESSIBILIDADE (C)

- Abrange os itens C1, C2, C3, C4, C5 e C6. Conforme referido anteriormente os itens C2, C4 e C5 têm seus valores invertidos. Após inversão dos valores destes três itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$

3. LONGITUDINALIDADE (D)

- Inclui os itens D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10 e D11.
- O item D11 tem o valor invertido. Após inversão dos valores de D11, o escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(D1+ D2+ D3+ D4+ D5+ D6+ D7+ D8+ D9+ D10 +D11 + D12 +D13 + D14) / 14$

4. COORDENAÇÃO

- O atributo Coordenação é formado por dois componentes, a saber: Coordenação - Integração de Cuidados (E) e Coordenação - Sistema de Informações (F).

4.a) INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS (E)

- Composto pelos itens E2, E3, E4, E5 e E6.
- O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. O item E1 não entra no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.
- Cálculo do escore = $(E2 + E3 + E4 + E5 + E6) / 5$

4.b) SISTEMA DE INFORMAÇÃO (F)

- Formado pelos itens F1, F2 e F3.
- O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(F1 + F2 + F3) / 3$

5) INTEGRALIDADE

O atributo é formado pelos componentes: Integralidade - Serviços Disponíveis (G) e Integralidade - Serviços Prestados (H).

5.a) SERVIÇOS DISPONÍVEIS (G)

- Abrange os itens G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9.
- O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$

5.b) SERVIÇOS PRESTADOS (H)

- Incluiu os itens H1, H2, H3, H4 e H5.
- O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(H1 + H2 + H3 + H4 + H5) / 5$

6. ORIENTAÇÃO FAMILIAR (I)

- Abrange os itens I1, I2, I3, I4, I5 e I6.
- O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(I1 + I2 + I3) / 3$

7. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (J)

- Inclui os Itens: J1, J2, J3 e J4.
- O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
- Cálculo do escore = $(J1 + J2 + J3 + J4) / 4$

Fórmulas para os Escores Essencial e Geral para APS

1. ESCORE ESSENCIAL DA APS

- O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.
- Cálculo do Escore Essencial APS = $(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$
- Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (observação 4), não calcule o Escore Essencial da APS para este entrevistado.
- Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

2. ESCORE GERAL DE APS

- O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) somado aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.
- Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados / número total de componentes.
- Escore geral da APS = $(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$

TRANSFORMAÇÃO DA ESCALA

Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula:

- $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$.
- Ou Seja: $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$